

On *est* là pour vous



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017-2018
CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA *Montérégie-est*

Québec 

Le Rapport annuel de gestion 2017-2018 est disponible en version électronique à l'adresse : santeme.quebec

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-550-81452-8 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-81451-1 (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.

Table des matières

Message des autorités	4
Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	6
Présentation de l'établissement et faits saillants	7
Mission, vision et valeurs	9
Services de santé et services sociaux offerts par l'établissement	10
La désignation de centre affilié universitaire et les installations visées par ces désignations	11
Carte des installations du CISSS de la Montérégie-Est	12
Organigramme de la haute direction du CISSS de la Montérégie-Est au 31 mars 2018	14
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	16
Les faits saillants	26
Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	49
Attentes spécifiques 2017-2018	50
Engagements annuels 2017-2018	60
Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	77
L'agrément	78
La sécurité et la qualité des soins et des services	80
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement	97
L'examen des plaintes et la promotion des droits	98
L'Information et la consultation de la population	98
L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	99
Les ressources humaines	101
La gestion et le contrôle des effectifs	102
Ressources financières	104
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	105
L'équilibre budgétaire	105
Les contrats de services	106
L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant ...	107
Annexe : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	110

Message des autorités



MADAME
LOUISE POTVIN



MADAME
GENEVIEVE GRÉGOIRE

L'année 2017-2018 aura été une année de développements importants dans plusieurs services de notre organisation, liés à des investissements que nous avons reçus, de continuation de l'harmonisation des pratiques, en vue d'assurer une meilleure fluidité des trajectoires de services pour les usagers et les proches qui les accompagnent, et d'agilité où notre organisation a dû agir rapidement lors de situations exceptionnelles.

Des investissements supplémentaires, annoncés par le gouvernement en cours d'année, sont venus véritablement soutenir la concrétisation de la vision présentée dans le Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces rajustements au budget du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est ont permis de développer l'offre de services aux usagers et d'offrir des mesures de soutien par des allocations directes aux usagers, dont les aînés en perte d'autonomie, les jeunes sous la protection de la jeunesse, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les familles touchées par le trouble du spectre de l'autisme (TSA) ainsi que les usagers en attente de chirurgie ou d'endoscopie.

Le CISSS a également annoncé, le 3 mars 2018, un investissement de plus de 26 millions de dollars d'ici 2020 afin de maintenir le bon état de ses bâtiments et d'assurer leur mise à niveau aux normes de construction et aux normes entourant l'installation et la fonctionnalité des équipements médicaux et de soins; 10 M\$ ont déjà été investis dans les travaux de construction cette année. Plusieurs bâtiments, particulièrement l'Hôtel-Dieu de Sorel, feront l'objet d'importants travaux qui s'étendront sur une période de quatre à cinq ans.

De plus, le MSSS a accordé au CISSS un ajustement budgétaire de 9,9 M\$ visant une correction partielle sur le plan de l'équité interrégionale. Ces sommes visaient à consolider des centres d'activités dont les volumes sont en croissance, le financement des frais de fonctionnement liés aux projets du rapatriement des clientèles du CHUM et du CUSM en Montérégie, l'ajout de personnel de soutien dans les secteurs administratifs des services jeunesse, des archives et des services techniques et, enfin, le développement de services en hémodialyse, en oncologie et en soins palliatifs.

Il va sans dire que les budgets supplémentaires accordés vont de pair avec l'embauche de personnel supplémentaire afin de répondre à l'augmentation de service. Confronté aux besoins grandissants d'une population vieillissante, l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux fait face à des défis importants pour recruter du personnel qualifié. Le CISSS de la Montérégie-Est ne fait pas exception. La direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) et la direction des soins infirmiers (DSI) planifient de concert avec les syndicats et sur une base continue, les activités pour combler les besoins en matière de main-d'œuvre. Ces efforts ont été particulièrement importants afin de combler les besoins anticipés pour l'été 2017.

Également, les employés, gestionnaires, médecins, bénévoles du CISSS, en collaboration avec les partenaires dans la communauté, ont démontré plus que jamais cette année, leur capacité à s'ajuster rapidement aux besoins de la communauté et des usagers. La compétence et la rapidité d'exécution constituent en effet des éléments clés du succès lors de l'accueil des demandeurs d'asile hébergés à la résidence Havre Providence en août 2017. En moins de 24 heures, le site d'hébergement de Boucherville a été mis en opération pour recevoir des demandeurs arrivés en masse à nos frontières. L'expérience de Havre Providence constitue un bel exemple de solidarité et d'entraide, permettant d'unir toutes les directions concernées vers l'atteinte des objectifs liés au mandat.

L'organisation a également fait preuve d'une grande agilité alors que notre fournisseur de service de transport adapté a cessé ses activités. Avec l'aide de partenaires municipaux et des proches aidants des usagers, le CISSS a pu assurer une transition fluide dans la réorganisation du transport adapté pour les usagers qui fréquentent les centres de jour, en plus de mettre en place un nouveau service pour le transport médical adapté interétablissement.

La structure de gouvernance du CISSS a connu quelques transformations en cours d'année. La Direction de la logistique du CISSS de la Montérégie-Est a été intégrée à la Direction des services techniques en mars 2018. Les deux directions étant étroitement liées par les objectifs qu'elles poursuivent, la transition a été réalisée de façon harmonieuse. Cette intégration permet de réaliser des gains de performance et l'amélioration des services à tous les clients.

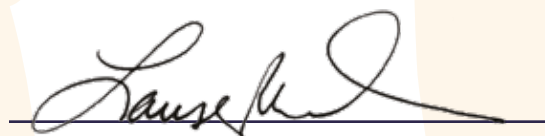
La directrice de la protection de la jeunesse, madame Maryse Davreux a quitté le CISSS pour la retraite en mai 2017. Figure dominante de la jeunesse, madame Davreux a su faire avancer la cause des enfants en difficulté. Elle a suscité l'engagement des partenaires et de la communauté faisant ainsi de la protection des enfants, l'affaire de tous. C'est en continuité avec les orientations des dernières années que s'inscrira le travail de la nouvelle directrice de la protection de la jeunesse, madame Josée Morneau. Ayant occupé les fonctions de la directrice adjointe de la protection de la jeunesse, elle a été partie prenante des décisions prises par le passé.

Il nous faut également mentionner le renouvellement de nos mandats respectifs en tant que présidente-directrice générale et présidente du conseil d'administration par le ministre de la Santé et des Services sociaux. C'est avec grand bonheur et rigueur que nous poursuivrons l'œuvre entreprise en avril 2015 au sein de la grande équipe du CISSS de la Montérégie-Est. Il faut aussi souligner la tenue, cette année, du processus de désignation des six membres, devant être désignés par et parmi certaines instances, au conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Est.

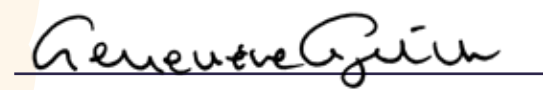
L'année 2017-2018 se conclut donc avec un bilan positif, résultats des efforts combinés des employés, des gestionnaires, des médecins et des bénévoles. Ils ont contribué par leur respect, leur bienveillance et leur engagement à offrir des services de qualité aux usagers, aux résidents et à leurs proches. La collaboration exceptionnelle des 12 fondations du CISSS et de la Boutique Jeanne-Mance à l'Hôtel-Dieu de Sorel au développement des services au sein des hôpitaux, des CLSC et des centres d'hébergement qui composent l'établissement mérite également d'être soulignée.

Mentionnons enfin, l'apport des membres du conseil d'administration dans la saine gestion de l'établissement ainsi que la collaboration des partenaires de la communauté au succès des projets réalisés tout au long de l'année.

Un grand merci à vous tous !



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



Geneviève Grégoire
Présidente du conseil d'administration

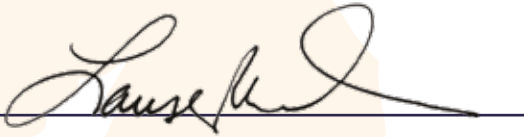
Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

À titre de présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 du 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;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.



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

Présentation de l'établissement et faits saillants

Présentation de l'établissement et faits saillants

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est est un établissement public qui est issu, depuis le 1^{er} avril 2015, de la fusion des centres de santé et de services sociaux Pierre-Boucher, Pierre-De Saurel et Richelieu-Yamaska, ainsi que du Centre jeunesse de la Montérégie.

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

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

Le CISSS de la Montérégie-Est a employé 13 483 personnes au cours de la dernière année (selon le tableau de gestion et contrôle des effectifs) et 717 médecins ont travaillé dans ses installations (voir la carte du territoire à la page 10). Un millier de bénévoles sont également présents dans les différents services à la clientèle de l'organisation.

Le budget 2017-2018, adopté par le Conseil d'administration, pour les fonds d'exploitation et d'immobilisations s'élevait à 952 349 091 \$.

Mission, vision et valeurs

La mission du CISSS de la Montérégie-Est

- 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

À la suite de la fusion des quatre établissements (trois CSSS et le Centre jeunesse de la Montérégie) en 2015, le conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Est a adopté, en avril 2017, le premier Cadre de référence en éthique de l'établissement; au terme d'une démarche de création collective à laquelle ont participé 900 personnes (gestionnaires, employés, médecins, bénévoles, usagers et partenaires). Ce cadre de référence définit l'identité organisationnelle de l'établissement, donne un sens commun à la réalisation de sa mission et favorise le développement d'une culture organisationnelle commune.

Mené par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE), ce projet a donné naissance aux six valeurs organisationnelles de l'établissement (R3CEI) :

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

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

Services de santé et services sociaux offerts par l'établissement

À l'hôpital

- Services diagnostiques et soins médicaux généraux et spécialisés

En centre local de services communautaires (CLSC)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'établissement fait partie du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Sherbrooke et du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal pour la concertation et l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche. En plus de son affiliation universitaire, le CISSS de la Montérégie-Est a des partenariats avec d'autres universités et maisons d'enseignement collégial et professionnel pour l'accueil de stagiaires, toutes professions confondues. En 2017-2018, le CISSS de la Montérégie-Est a reçu 2 830 stagiaires qui ont généré 4 553 stages, pour un total de 229 équivalents temps complet.

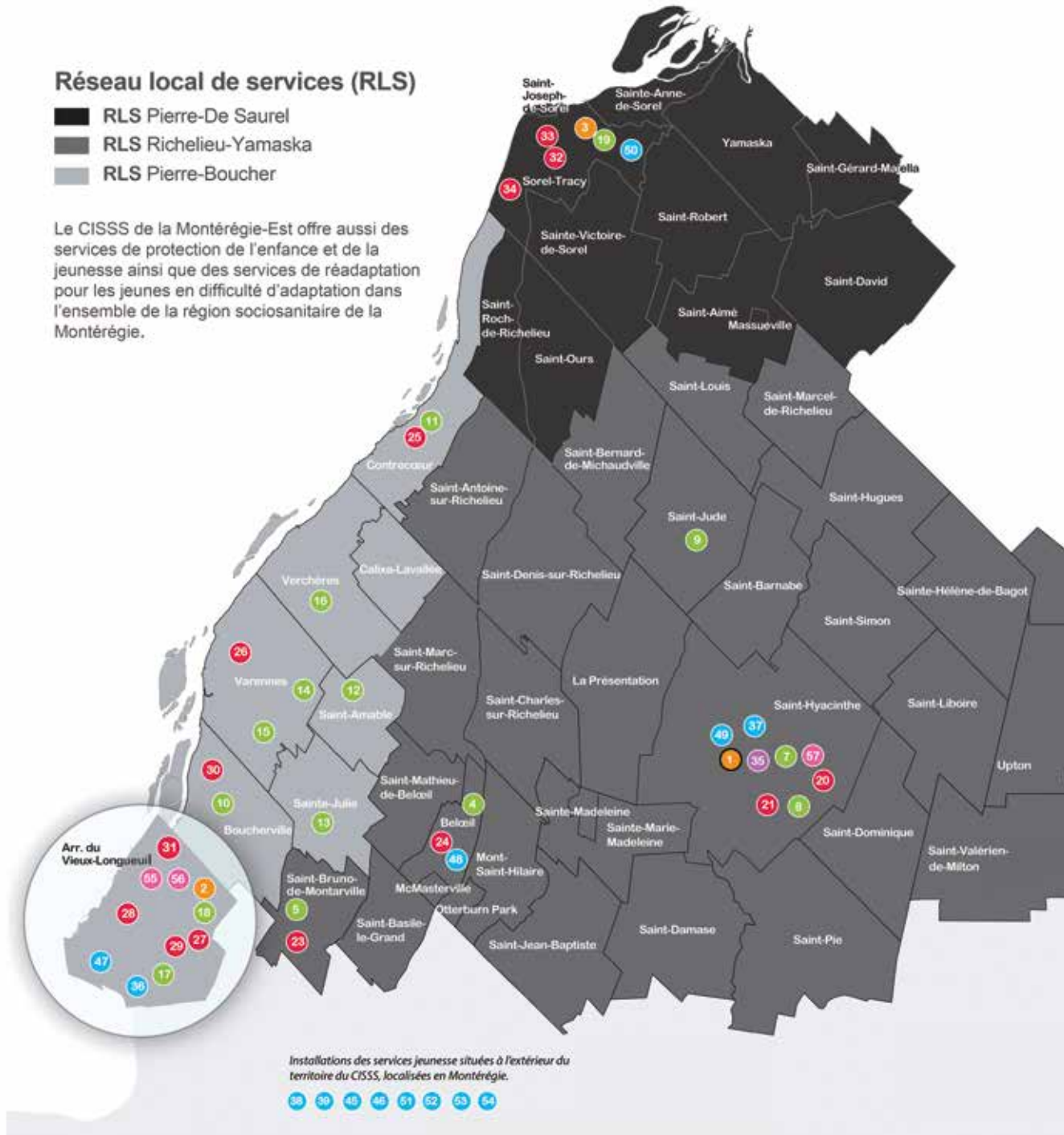
En 2017-2018, en ce qui concerne le volet de la recherche, plus de 70 projets de recherche étaient actifs dans les installations de l'établissement. Une entente de délégation de pouvoirs est établie avec le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne du CISSS de la Montérégie-Centre pour l'évaluation éthique des projets de recherche avec des sujets humains. Pour les services jeunesse, l'entente de délégation de pouvoirs est établie avec le Centre Jeunesse de Québec – Institut universitaire. Ces ententes assurent le respect des modalités en lien avec l'approbation éthique et institutionnelle de tous les projets de recherche soumis au CISSS de la Montérégie-Est.

Carte des installations du CISSS de la Montérégie-Est

Réseau local de services (RLS)

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

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



HÔPITAUX

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

CLSC

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

GMF UNIVERSITAIRE

- 35 Groupe de médecine de famille universitaire Richelieu-Yamaska

CENTRES D'HÉBERGEMENT

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

SERVICES JEUNESSE

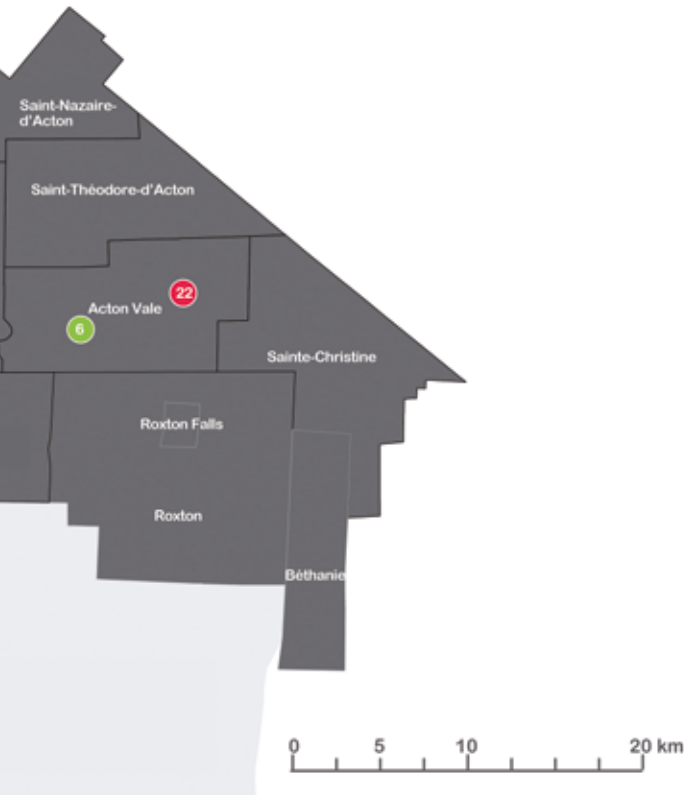
- 36 Campus de Longueuil (réadaptation en internat et services psychosociaux)
- 37 Campus de Saint-Hyacinthe (réadaptation en internat)
- 38 Campus de Chambly (réadaptation en internat)
- 39 Campus de Valleyfield (réadaptation en internat et services psychosociaux)
- 40 Foyer l'Envol et l'Aquarelle (réadaptation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

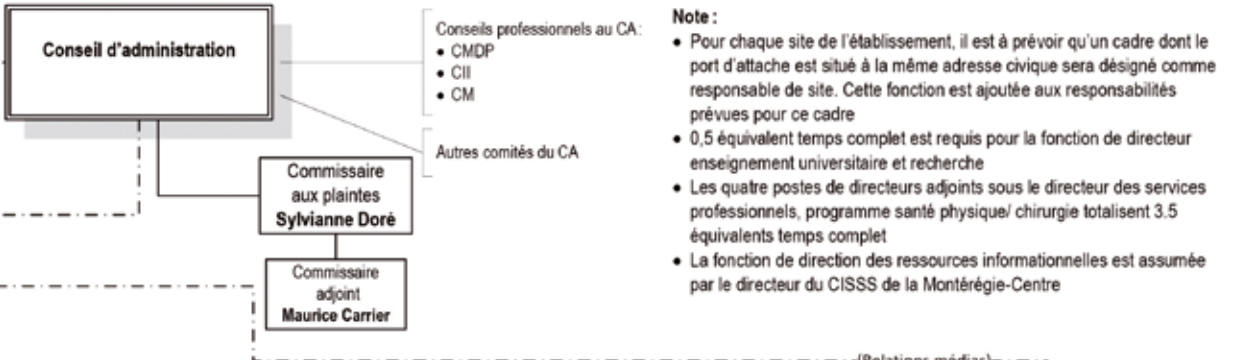
CENTRES ADMINISTRATIFS

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

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

Septembre 2016





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 enseignant 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

Directrice générale adjointe soutien, administration et performance
Vacant

Directrice qualité évaluation performance éthique
Vacant

Directrice services techniques
Nathalie Chauvin

Directrice ressources informationnelles CISSS de la Montérégie-Centre
Chantal Normandeau

Directrice enseignement universitaire et recherche
Dre Jocelyne Bonin

Directrice ressources humaines, communications et affaires juridiques
Vicky Lavole

Directrice ress. financières
Marie Christine Paradis

Directrice adjointe - performance organisationnelle, qualité et éthique
Annie Lemoine

Directrice adjointe - amélioration continue et performance organisationnelle

Directeur adjoint - volet immobilisations
Marc Pevardier

Directrice adjointe - volet services d'hôtellerie
Francois LeBlond

Directeur adjoint - logistique
Tie Quach

Hygiène-salubrité
Immobilisation
Entretien bâtiments
Services d'hôtellerie

Génié biomédical

Transport
Baanderie
Messagerie
Gestion des stocks

Directrice adjointe - ressources informationnelles
Jocelyne Blais

Enseignement: Medical Sciences santé Sciences sociales

Directeur adjoint - développements
Ouy Bouffard

Directeur adjoint - partenariats et affaires juridiques
Madine Lapierre

Directrice adjointe - communications, relations médias et ministérielles par interim
Sylvain Dubé

Ress. humaines
Affaires juridiques
Communications
Enseignement autre que universitaire

Relations médias et ministérielles

Directrice adjointe - budget et performance
Guyfaine Lussier

Directrice adjointe - opérations financières
Marie-France Dugas

Finances
Budget
Approvisionnement
RI-RTF (contractuel)

Légende:

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

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

Poste cadre supérieur
couleurs assorties selon directions

Poste cadre intermédiaire ou services inclus
couleurs assorties selon directions

en jaune transversalité lien hiérarchique lien fonctionnel

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Membres du CA

Membres désignés

Docteur Robert Duranceau, Département régional de médecine générale (DRMG)

Docteur Antoine Hejeily, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Madame Josée Robillard, Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Madame Mélissa Giroux, remplacée par monsieur Martin Gaudette, Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Monsieur Stéphane Girard, Conseil multidisciplinaire (CM)

Madame Liette Brousseau, remplacée par madame Josée Dubé, Comité des usagers (CU)

Membre nommé

Madame France Capuano, milieu de l'enseignement

Membres indépendants

Madame Geneviève Grégoire, présidente, expertise dans les organismes communautaires

Monsieur Louis Gosselin, compétence en gouvernance ou éthique

Monsieur Jacques Gendron, compétence en gestion des risques, finances et comptabilité

Madame Dominique Derome, compétences en ressources immobilières, informationnelles et humaines

Monsieur Paul St-Onge, expertise en santé mentale

Monsieur Gaëtan Boucher, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux

Monsieur Stéphane Nantel, formateur pour des organismes à but non lucratif

Madame Lise Lord, ergothérapeute de formation

Madame Stacey Dakin, gestionnaire d'un organisme à but non lucratif et gestionnaire de projets

Madame Silvy Niquet, représentante nommée par les fondations de l'établissement

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 2017-2018.

Le code d'éthique et de déontologie se trouve en annexe du présent rapport annuel de gestion 2017-2018.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Au cours de l'année 2017-2018, le comité exécutif s'est réuni à sept reprises pour des réunions régulières et à deux reprises en assemblée générale du CMDP.

La fréquence des rencontres ainsi que le mandat des trois sous-comités exécutifs locaux des RLS ont été révisés au cours de l'année, permettant ainsi au comité exécutif central de jouer pleinement son rôle. Ceux-ci demeureront néanmoins en fonction.

Les priorités d'actions ont été guidées en fonction de la mise en place de la nouvelle structure de gouvernance tout au long de l'année, notamment la nomination des membres du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du CISSS, le processus de renouvellement des mandats ou de nomination de certains chefs de département du CISSS et l'institution du comité des ordonnances et protocoles, l'approbation de ses modalités de gestion et la nomination de ses membres.

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

Membres du comité exécutif du CMDP

Représentant du RLS Pierre-Boucher

Docteur Frédéric Desjardins, radiologiste (vice-président)

Représentants du RLS Pierre-De Saurel

Docteure Mylène Côté, omnipraticienne (vice-présidente)

Docteure Marie-Josée Arsenault, omnipraticienne (à compter de janvier 2017 en remplacement de Docteur Adel Habib)

Docteur Antoine Hejeily, urologue

Représentants du RLS Richelieu-Yamaska

Docteur Jocelyn Brunet, omnipraticien

Docteur Dominique Grandmont, cardiologue (président)

Monsieur Luc Lafantaisie, pharmacien

Membres d'office

Docteur André Simard, directeur des services professionnels

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

En janvier 2018, le président du CMDP, le D^r Frédéric Desjardins, avisait les autres membres du comité exécutif qu'il démissionnait de la présidence du CMDP et souhaitait prendre un moment de réflexion quant à son implication. En février 2018, les docteurs Gilles Beaucage et Mathilde Bourdua ont démissionné du comité exécutif du CMDP. Le comité exécutif tient à les remercier pour leur contribution en tant que trésorier et secrétaire en 2016 et 2017. En mars 2018, le D^r Dominique Grandmont acceptait d'assumer la présidence jusqu'aux prochaines élections prévues en juin.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII) s'est réuni à huit reprises au cours de l'année 2017-2018, notamment lors de l'assemblée générale annuelle du Conseil des infirmières et infirmiers (CII) qui s'est déroulée le 10 mai 2017 à l'Hôtel Rive-Gauche de Beloeil, sous la présidence de Madame Mélissa Giroux.

Des enjeux spécifiques aux soins infirmiers ont été adressés lors des rencontres, tels que la pénurie de la main-d'œuvre et le plan mis en œuvre pour y faire face. Par ailleurs, les principaux dossiers traités au cours de la dernière année sont :

- Lecture et approbation de nouvelles règles de soins
- Lecture et approbation de nouvelles politiques et procédures CISSS
- Mise en place du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)
- Participation aux visites d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

Le CII du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est compte 2 707 infirmières et infirmiers et 793 infirmières et infirmiers auxiliaires.

Membres du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers

Membres élus

Présidente

Madame Mélissa Giroux, chef du service de prévention et contrôle des infections

Vice-présidente

Madame Céline Leblanc, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, service personnes âgées, CLSC des Seigneuries

Secrétaire

Madame Pascale Larocque, directrice générale adjointe programme santé physique et directrice des soins infirmiers

Trésorière

Madame Marie-Pierre Généreux, infirmière, réadaptation en internat, Centre jeunesse

Membres élus

Madame Julie Bonin, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, jeunesse 1^{re} ligne, CLSC des Maskoutains

Madame Marie-Pascale Cordeau, infirmière clinicienne, santé mentale, Hôtel-Dieu de Sorel

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

Membre coopté

Madame Laurie Cournoyer, conseillère cadre en soins spécialisés par intérim, GMF Richelieu

Membres d'office

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

Madame Nancy Bouchard, infirmière auxiliaire, Centre mère-enfant et soins néonataux, Hôpital Pierre-Boucher, présidente du CIIA

Membre observateur

Madame Sylvie Cusson, directrice adjointe des soins infirmiers et des programmes de Santé publique

Membres dont le mandat s'est terminé à la suite d'une démission

Monsieur Charles Beauchesne

Madame Claire Dufresne

Madame Véronique Dyotte

Madame Raphaëlle Provost-Dubois

Madame Fannie Thivierge

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le comité multidisciplinaire (CM) s'est réuni à cinq reprises au cours de l'année 2017-2018, notamment lors d'une rencontre extraordinaire du comité exécutif et de deux rencontres en comité de travail. L'assemblée générale s'est déroulée le 2 mai 2017 à l'Auditorium de l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe, en présence et en vidéoconférence, sous la présidence de Madame Julie Mathieu.

Le comité multidisciplinaire chapeaute également deux sous-comités :

- Un sous-comité travaillant sur la préparation de l'activité professionnelle et sur l'organisation de l'assemblée générale annuelle (AGA)
- Un sous-comité travaillant sur les communications

Le CM est intervenu dans plusieurs dossiers, notamment :

- L'hygiène des mains
- Les environnements sans fumée
- La gestion intégrée de prévention, présence et qualité au travail
- L'allaitement

Le CM du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est compte approximativement 3 200 professionnels.

Membres du comité exécutif du Conseil multidisciplinaire**Officiers****Présidente**

Madame Julie Mathieu, thérapeute en réadaptation physique

Vice-président

Monsieur Stéphane Girard, criminologue et APPR

Secrétaire

Madame Manon Blanchette, travailleuse sociale

Trésorier

Monsieur Simon Legault, criminologue et APPR

Responsable des communications

Madame Nadia Gaucher, ergothérapeute

Membres

Madame Nathalie Blanchard, travailleuse sociale et conseillère cadre - volet psychosocial

Madame Mylène Boisvert, travailleuse sociale

Madame Geneviève Boucher, inhalothérapeute

Madame Martine Chalifoux, technologiste médicale

Madame Nathalie Couroux, physiothérapeute

Monsieur Éric Ducharme, ARH

Madame Valérie Fernandez, travailleuse sociale

Monsieur David Lachance, psychologue et spécialiste en activités clinique par intérim

Madame Katherine Latour, criminologue et APPR

Docteure Lyne Massicotte, biochimiste clinique

Madame Myriam Poirier, travailleuse sociale et spécialiste en activités cliniques

Madame Julie Poulin, travailleuse sociale

Madame Julie Richard, inhalothérapeute et inhalothérapeute en assistance-anesthésique

Membres d'office

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

Madame Maryse Hébert, directrice des services multidisciplinaire

Madame Nadine Gallant, directrice adjointe des services multidisciplinaires - volet services, pratiques professionnelles et développement clinique

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

Monsieur David Lachance

Madame Nathalie Blanchard

Madame Julie Richard

Membres dont le mandat s'est terminé à la suite d'une perte d'éligibilité (transfert des professionnels vers Optilab Montérégie)

Madame Martine Chalifoux

Docteure Lyne Massicotte

Pour combler les vacances laissées par les membres qui ont quitté l'exécutif, cinq membres ont été cooptés à la suite d'un appel à tous lors de l'assemblée générale annuelle, ce qui a permis de maintenir un exécutif complet à 13 membres tout au long de la période 2017-2018.

CONSEIL CONSULTATIF DU PERSONNEL PARAPROFESSIONNEL

Durant la dernière année, soit du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018, le comité exécutif du Conseil consultatif du personnel paraprofessionnel (CCPP) aura tenu neuf rencontres des membres du comité exécutif.

Depuis les dernières élections, en avril 2016, quelques départs et mouvements de personnel ont modifié la composition du comité exécutif. Actuellement, nous avons un siège disponible au comité exécutif.

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 - DSI - Hôpital Honoré-Mercier

Secrétaire

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

Trésorière

Madame Chantal Michaud, agente administrative – Direction logistique – téléphonie

Officiers

Madame Ana Laura Lurati Suarez, préposée à l'entretien ménager – DST hygiène et salubrité - Hôpital Pierre-Boucher

Madame Isabelle Lamothe, préposée physiothérapie ergothérapie - USI - Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe

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

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

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

En 2016-2017, le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) s'est réuni à cinq occasions.

En regard des responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi, les principales actions réalisées par le comité de vigilance et de la qualité au cours de l'année sont précisées dans la section sur les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.

En outre, les rapports suivants ont été présentés au CVQ pour consultation, suivis ou pour information :

- Les 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 sur les visites des CHSLD privés de notre territoire;
- Les rapports de visites d'inspections professionnelles ainsi que les plans d'action qui en découlent;
- Le rapport mi-annuel et annuel 2016-2017 de la commission des droits de la personne et de la jeunesse;
- Le rapport annuel 2016-2017 de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Le rapport annuel 2016-2017 de la prévention et contrôle des infections;
- Le rapport annuel 2016-2017 du comité et du sous-comité de gestion des risques;
- Le bilan mi-annuel et annuel 2016-2017 des indicateurs de gestion des risques;
- Le rapport mi-annuel et annuel 2016-2017 sur l'application des mesures d'isolement et de contention, ainsi que le bilan sur les fugues;
- Les rapports d'audit d'hygiène des mains;

- Le rapport de la visite d'Agrément;
- Le registre des risques organisationnels;
- Les suivis des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Les suivis des recommandations du Protecteur du citoyen.

Membres du comité de vigilance et de la qualité

Présidente

Madame Liette Brousseau, représentante du comité des usagers, remplacée en cours de mandat par Lise Lord, administrateur indépendant

Vice-présidente

Madame France Capuano, administrateur indépendant

Membres d'office

Madame Sylvianne Doré, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

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

Membre

Madame Josée Dubé, représentante désignée par le comité des usagers

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 2017-2018. Ce comité, ainsi que son sous-comité, ont été saisis de dossiers relatifs aux aspects de la sécurité dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Leurs membres assurent un suivi rigoureux des différentes situations pouvant compromettre la sécurité des usagers.

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

Madame Chantal Beauregard, directrice adjointe du programme jeunesse - hébergement
Docteur Michel Bernatchez, médecin au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

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

Madame Martine Bouchard, directrice générale adjointe soutien, administration et performance et directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Madame Line Boucher, adjointe à la chef des services ambulatoires et spécialisés de chirurgie

Madame Manon Campeau, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité

Madame Myriam Fagnant, coordonnatrice des services d'hospitalisation

Madame Michelle Forget, coordonnatrice de la sécurité civile, des mesures d'urgence et des stationnements

Madame Manon Gauthier, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité, par intérim

Madame Mélissa Giroux, chef de service de la prévention et contrôle des infections, représentante du Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Madame Linda Langlais, directrice adjointe programme jeunesse - santé maternelle et des enfants

Madame Martine Laplante, représentante du Comité consultatif des paraprofessionnels (CCPP)

Monsieur André Laverdière, représentant du service santé
 Madame Annie Lemoine, directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
 Madame Julie Mathieu, présidente du Conseil multidisciplinaire (CM)
 Madame Michèle Ouellet, chef à la gestion intégrée de la qualité
 Madame Karine Paquette, chef de la réadaptation de l'unité du Verger, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF)
 Madame Louise Potvin, présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est
 Madame Chantal Provost, représentante du comité des usagers
 Madame Karyne Robert, chef de service, unité de soins et urgence santé mentale – Hôpital Honoré-Mercier
 Monsieur Frédérick Roy, coordonnateur de secteur
 Madame Chantal Savard, directrice adjointe du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées – hébergement
 Madame Diem Vo, chef du département de pharmacie

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

Madame Jackie Beaudet, coordonnatrice, évaluation/orientation/réception et traitement des signalements
 Madame Chantal Beauregard, directrice adjointe du programme jeunesse - hébergement
 Monsieur Patrick Bégin, directeur adjoint du programme jeunesse - hébergement par intérim
 Monsieur Mathieu Blanchard, coordonnateur, ressources d'hébergement
 Madame Martine Bouchard, directrice générale adjointe soutien, administration et performance et directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
 Madame Jessika Garceau-Lajoie, conseillère cadre en soins spécialisés - programme périnatalité - pédiatrie - jeunesse
 Madame Marie-Pierre Généreux, représentante du Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
 Monsieur Stéphane Girard, représentant du Conseil multidisciplinaire (CM)
 Madame Mélissa Giroux, chef de service de la prévention et contrôle des infections
 Monsieur Patrice Fombelle, conseiller développement professionnel
 Monsieur Alexandre Labrie, représentant de la Direction des services techniques, mécanicien machine fixe/ ouvrier de maintenance
 Docteur Michel Lachapelle, médecin au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
 Monsieur Alain Leblanc, représentant du Comité consultatif des paraprofessionnels (CCPP)
 Madame Geneviève Lecours, représentante du comité des usagers
 Madame Catherine Lemay, présidente-directrice générale adjointe programmes sociaux, santé et réadaptation
 Madame Annie Lemoine, directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
 Madame Michèle Ouellet, chef à la gestion intégrée de la qualité
 Madame Louise Vincelette, présidente ADREQ

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

LE COMITÉ DES USAGERS

Pour l'année 2017-2018, le comité des usagers s'est réuni en séance régulière à huit reprises et a tenu son assemblée générale le 26 septembre 2017.

Les principaux objectifs des comités des usagers de la Montérégie-Est (Centre Jeunesse, Pierre-Boucher, Pierre-De Saurel et Richelieu-Yamaska) ont été d'augmenter le lien de collaboration avec leurs partenaires et d'évaluer la satisfaction de tous les usagers de l'établissement. La présence nouvelle d'une coordonnatrice a permis d'harmoniser le travail des comités des usagers de l'établissement tout au long de l'année.

À la suite de la création d'un sous-comité qui a étudié les règles de fonctionnement adoptées par certains des comités des usagers et avec le guide produit par le RPCU à ce sujet, les membres du CUCL ont procédé, le 19 juin 2017, à l'adoption de leurs nouvelles règles de fonctionnement.

En 2017-2018, les membres du comité exécutif, avec les comités des résidents, ont assumé un rôle de coordination et d'harmonisation dans les dossiers suivants :

- Alimentation en centres d'hébergement
- Milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- Entretien des vêtements en CHSLD
- Projets expérience client

De plus, chacun des RLS a mis en œuvre des projets spéciaux visant à renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations ou à promouvoir l'amélioration de leur qualité de vie. Au nombre de ces projets, on note du placement médias, l'organisation de conférences pour le grand public, la création d'outils promotionnels, ainsi que l'acquisition de matériel informatique.

Membres des comités des usagers

Présidentes

Madame Liette Brousseau, Richelieu-Yamaska (jusqu'au 26 septembre 2017)

Madame Josée Dubé Richelieu-Yamaska (depuis le 26 septembre 2017)

Vice-présidente

Madame Ghislaine Cournoyer, Pierre-Boucher

Secrétaires

Monsieur Daniel Alie, Pierre-De Saurel (démission en 2017)

Monsieur Alain Pelletier, Richelieu-Yamaska

Trésorière

Madame Lucie Harbec, Centre jeunesse de la Montérégie

Membres réguliers

Madame Andrée Adam, Pierre-De Saurel

Madame Line Bélisle, Pierre-Boucher

Madame Rosetta Bruno, Richelieu-Yamaska

Monsieur Réjean Dauplaise, Pierre-De Saurel

Monsieur Alain Faucher, Pierre-De Saurel

Monsieur Claude Himbeault, Pierre-De Saurel

Monsieur André Louis-Seize, Pierre-Boucher

Madame Jeannie Mailloux, Centre jeunesse de la Montérégie

Monsieur Jean Morvan, Pierre-De Saurel

Madame Chantal Provost, Pierre-Boucher

Madame Lucie Tétreault, Richelieu-Yamaska

Membres observateurs

Madame Marie-Hélène Apollon, Centre jeunesse de la Montérégie

Madame Geneviève Lecours, Centre jeunesse de la Montérégie

Les faits saillants

Une attention à l'expérience client

Augmentation de l'offre de service en soutien à domicile

Le CISSS de la Montérégie-Est a augmenté le nombre d'heures de service offert en soutien à domicile passant de 739 341 heures pour l'année 2016-2017 à 833 013 heures de services rendus en 2017-2018, soit une augmentation de 12,67 %. Tous ces résultats sont attribuables aux efforts des équipes dans leur souci d'offrir les services qui correspondent aux besoins réels permettant un maintien à domicile sécuritaire et un répit approprié aux proches aidants. Toutes les demandes d'heures requises sont autorisées et fournies aux usagers. De plus, durant la dernière année, le nombre de clients qui reçoivent des soins à domicile a augmenté de plus de 1 400 nouveaux usagers, passant de 6 479 clients pour l'année 2016-2017 à 7 882 usagers en 2017-2018, une augmentation de plus de 20 %.

1 — Mise sur pied de l'unité d'hébergement temporaire



En janvier 2018, une nouvelle unité de 25 lits a été aménagée à la résidence Havre Providence à Boucherville, afin d'accueillir les usagers de l'Hôpital Pierre-Boucher qui ne nécessitent plus de soins actifs. Cette unité, appelée le Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) des Seigneurs, accueille des usagers en longue durée et des usagers dits en « processus d'évaluation ». Cet ajout de lits supplémentaires temporaires fait

partie des projets élaborés afin de trouver des solutions pour désengorger l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher et diriger les usagers qui occupent des lits de soins actifs, alors que leur condition de santé ne le requiert plus, vers une ressource d'hébergement qui correspond davantage à leurs besoins. Ce nouveau CHSLD sera ouvert jusqu'en mars 2019.

Réorganisation de services en santé mentale

Un investissement de trois millions de dollars du MSSS a permis le rehaussement des services en santé mentale. Ce financement a permis d'offrir un nouveau service pour la clientèle de 12 à 35 ans vivant un premier épisode psychotique dans la communauté en plus d'accorder l'ajout de 41 places supplémentaires en suivi intensif dans le milieu et 304 places en soutien à intensité variable. Cet investissement a nécessité l'embauche de 38 nouvelles ressources (infirmières, travailleurs sociaux et autres professionnels) pour offrir ces nouveaux services aux usagers.

Prescription infirmière

À ce jour, 221 infirmières sont titulaires d'une attestation leur permettant de prescrire des médicaments ou des analyses de laboratoire dans certaines situations cliniques. La prescription infirmière a été déployée dans les secteurs visés par le Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, soit les soins de plaies, la santé publique et les problèmes de santé courants.

Des formations spécifiques ont été données dans les trois domaines de prescription autorisés et le processus se poursuit. La prescription infirmière a un impact positif sur les usagers, comme la réduction des délais dans la prestation de soins et une réponse plus efficace aux besoins des usagers.

Ajout d'appartements supervisés pour les adolescents

Le CISSS a bonifié son offre de service en greffant au réseau d'appartements supervisés de type ressources intermédiaires existant, six nouveaux appartements dans les régions de Longueuil et de Saint-Hyacinthe. Cette nouvelle offre de services vise à accompagner des jeunes dans le développement de compétences en lien avec l'autonomie fonctionnelle, entre autres, par l'apprentissage des responsabilités et des conditions nécessaires à la vie en appartement, d'un réseau de contact et de soutien à qui le jeune pourra se référer à l'atteinte de sa majorité. Ainsi, les éducateurs en externe soutiennent huit jeunes âgés entre 16 ans et demi et 18 ans, leur permettant d'acquérir les habiletés et les compétences nécessaires à la vie adulte. Cette nouveauté marque un pas de plus dans l'accompagnement des jeunes vers l'âge adulte! Ces places s'ajoutent à 9 places d'appartements de type ressources intermédiaires.

Visites Expérience Client

En 2017-2018, l'organisation a échangé de manière structurée avec un total de 135 usagers des programmes santé physique, jeunesse et soutien à l'autonomie des personnes âgées. Les thèmes abordés lors de ces entretiens hebdomadaires avec la clientèle sont : l'expérience globale, l'environnement physique, la relation avec le personnel, la communication et l'information, ainsi que l'implication et la participation de l'utilisateur et de sa famille ou ses proches lors de son épisode de soins. Ces échanges permettent à l'établissement de s'inspirer de l'expérience des usagers pour améliorer la qualité des soins et des services offerts.

Recrutement Usager-Ressource

En 2017-2018, le CISSS de la Montérégie-Est a procédé au recrutement de 24 usagers-ressources afin de mettre en œuvre des pratiques centrées sur l'utilisateur et sa famille. Ainsi, avec l'implantation de l'approche « Partenariat de soins et de services », l'utilisateur-ressource accompagne d'autres usagers à travers leur parcours de santé et participe également à un comité ayant pour objectif d'analyser les chutes en milieu d'hébergement. En impliquant des usagers dans le parcours de santé, l'établissement souhaite favoriser l'autodétermination et faire en sorte qu'ils soient en mesure de prendre des décisions libres et éclairées en étant le mieux informés possible. Cette approche permet l'amélioration de l'expérience client en milieu de soins ou de services sociaux et une meilleure qualité de vie des usagers.

2 — Mise en opération des chariots alimentaires de maintien en température



En septembre 2017, le Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe mettait en opération une flotte de 27 chariots alimentaires de maintien en température permettant d'améliorer le service de repas offert aux quelque 400 résidents de cette installation. Considérant l'ampleur du nombre de repas à servir et l'importance du respect du rythme d'alimentation de chaque

résident, le CISSS de la Montérégie-Est a chaudement accueilli le généreux financement de la Fondation Aline-Letendre qui a permis l'achat des chariots alimentaires de maintien en température.

Investissements en travaux de réaménagement

Environ 10 M\$ ont été investis en travaux de construction pour de la remise aux normes et la rénovation fonctionnelle mineure des installations du CISSS de la Montérégie-Est. Plusieurs de ces travaux avaient pour but l'amélioration de la qualité de l'environnement et du milieu de vie pour la clientèle, notamment dans les campus jeunesse, en centre d'hébergement et à l'Hôtel-Dieu de Sorel.

Aide aux demandeurs d'asile

Le CISSS de la Montérégie-Est a pris en charge 302 demandeurs d'asile du 11 août au 6 septembre 2017 dans les locaux de la résidence privée pour aînés Havre Providence à Boucherville. Le site d'accueil des demandeurs d'asile a été opérationnel pour les accueillir en moins de 24 heures après avoir reçu la demande du MSSS afin de collaborer avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de la région de Montréal. Ce site d'hébergement a été mis en opération rapidement grâce à l'excellent travail de plusieurs employés et gestionnaires de l'organisation, afin d'offrir aux demandeurs d'asile un lieu d'hébergement temporaire ainsi que les services de santé et les services sociaux nécessaires à leurs besoins. Plusieurs directions et partenaires du milieu communautaire ont été mis à contribution pour assurer l'accueil et la bonne gestion du site ainsi que pour assister les demandeurs d'asile dans leurs démarches.

3 — Démarrage d'un processus d'expérience client auprès de la clientèle jeunesse hébergée



À l'automne 2017, la Direction adjointe des services psycho-sociaux dans la communauté et partenariat du programme jeunesse, en collaboration avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique a démarré un processus d'évaluation de l'expérience client pour la clientèle hébergée en ressources intermédiaires et ressources de type familial en jeunesse. Cette démarche s'actualise en continu afin

de pouvoir sonder la satisfaction et l'empreinte émotive des jeunes concernant leur expérience d'hébergement en cours. Cette rétroaction vise l'amélioration des services que leur rendent à la fois les différents acteurs de l'établissement, ainsi que nos partenaires RI-RTF.

Début de la démarche transition école vie active (TÉVA)

La Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP) a entamé la démarche transition école vie active (TEVA) au niveau collégial, en collaboration avec le CISSS de la Montérégie-Ouest (volet réadaptation spécialisée) et le Cégep Édouard-Montpetit afin de favoriser le succès de l'intégration des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage dans leur passage vers le cégep. La démarche TEVA du CISSS de la Montérégie-Est, présenté dans le plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées 2017-2018 du CISSS, a été reconnue comme une des mesures dignes d'intérêt par l'Office des personnes handicapées du Québec.

Mise sur pied du groupe « La vie après un AVC »

À partir du programme élaboré par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (accident vasculaire cérébral), la Direction des programmes DI-TSA et DP du CISSS de la Montérégie-Est, en collaboration avec le CISSS de la Montérégie-Centre, a débuté à Longueuil, en novembre 2017, un premier groupe de soutien à dix survivants. Ces derniers ont terminé leur réadaptation active depuis au moins trois mois et vivent dans la communauté. Les rencontres se veulent interactives et axées sur le développement de compétences, le partage des expériences et le soutien. Le programme « La vie après un AVC » sera offert sur tout le territoire au cours de la prochaine année.

4



Expertise en matière d'exploitation sexuelle

L'équipe Mobilis de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), qui se spécialise dans la connaissance du phénomène de l'exploitation sexuelle, a été sollicitée comme expert par l'auteur de la série « Fugueuse » (TVA), madame Michelle Allen, afin de comprendre la problématique de l'exploitation sexuelle.

Plusieurs entrevues médiatiques ont été accordées par l'équipe Mobilis et par le CISSS de la Montérégie-Est durant la diffusion de cette série à l'hiver 2018. Une rencontre d'information à l'intention des parents afin de les outiller pour mieux intervenir auprès de leurs jeunes a été réalisée, le 15 mars 2018, après la fin de la série.

5 — Poursuite du développement du Programme Alliance en santé mentale



Développé par le RLS Pierre-Boucher, le Programme Alliance a été déployé auprès des médecins et professionnels du RLS Pierre-De Saurel. Ce programme offre du soutien aux médecins de famille dans leur pratique, notamment par des consultations téléphoniques et des visites de psychiatres répondants dans les cliniques médicales ainsi qu'au sein des équipes de santé mentale en CLSC pour la discussion de cas complexes. Des outils

d'aide à la décision clinique ont ensuite mené au développement d'une plateforme Internet qui guide les omnipraticiens vers les bonnes pratiques et facilite l'accès aux ressources du milieu. Ce programme sera déployé dans le RLS Richelieu-Yamaska durant la prochaine année.

Amélioration de l'accès au médecin de famille au GMF-U Richelieu-Yamaska

La mise en place de l'accès adapté, une nouvelle approche visant à améliorer l'accès au médecin de famille au moment où l'utilisateur en a besoin, a permis de faire passer le taux d'assiduité des visites des patients au GMF-U de 86,4 % à 92,2 %, ce qui signifie que les patients ne vont pas ailleurs pour consulter, mais reviennent plutôt au GMF-U. Les indicateurs pour valider l'impact de l'accès adapté seront mis en place dans la prochaine année, mais on constate déjà une baisse du nombre d'utilisateurs se présentant à l'urgence de l'hôpital avec une situation pouvant être prise en charge au GMF-U et une diminution du taux d'occupation de nos plages d'accès d'urgence en sans rendez-vous. De plus, une formation a été donnée à l'ensemble du personnel du GMF-U (agents, professionnels,

médecins et résidents) sur l'amélioration continue et l'intégration des patients-ressources qui arriveront prochainement en tant que participants au comité local de l'amélioration continue.

6 — Création du Centre Axis



Le Centre Axis, un nouveau projet en réadaptation cardiovasculaire, a vu le jour grâce à une subvention de la Fondation de l'Hôpital Pierre-Boucher. Il accueille gratuitement les patients de l'Hôpital Pierre-Boucher et de l'Hôpital Honoré-Mercier ainsi que les patients de l'Hôtel-Dieu de Sorel, qui viennent à l'Hôpital Pierre-Boucher pour des soins de cardiologie.

Les patients ayant subi un infarctus sont invités à entreprendre un programme de 12 semaines pendant lesquelles ils apprennent à adopter de saines habitudes de vie afin de favoriser la santé de leur cœur, en se familiarisant notamment avec la nutrition, l'arrêt tabagique, l'activité physique, ainsi que la gestion du stress. Une équipe multidisciplinaire de l'établissement, composée d'une infirmière, de deux médecins omnipraticiens, d'une nutritionniste et de deux kinésologues, accompagne les patients dans leurs apprentissages.

Au 31 mars 2018 :

- 72 patients avaient été recommandés au Centre Axis depuis la fin du mois de janvier 2018;
- 36 patients étaient en train de compléter leur programme gratuit de 12 semaines;
- 3 patients avaient déjà terminé leur programme de 12 semaines;
- 20 patients étaient sur le point de commencer le programme.

Ouverture du service de santé et de services sociaux au nouvel établissement de détention de Sorel-Tracy

Le CISSS de la Montérégie-Est offre des services de santé et des services sociaux à l'ensemble de la population carcérale du nouvel établissement de détention de Sorel-Tracy, depuis le 6 septembre 2017. Au 31 mars 2018, 209 usagers bénéficiaient de ces services.

L'offre de service disponible 24 h/24, 7 jours par semaine, est assurée par une équipe composée d'infirmières cliniciennes, d'infirmières techniciennes, d'un travailleur social, d'un archiviste, d'un commis, de trois médecins omnipraticiens et de deux psychiatres consultants. Cette équipe travaille en étroite collaboration avec la Direction des programmes santé mentale et dépendance du CISSS de la Montérégie-Est.

Principales interventions réalisées par types d'interventions

Types d'interventions	Nombre d'interventions réalisées
Administrer un médicament	5 819
Évaluation / réévaluation infirmière	1 466
Éducation et soutien abandon tabac	317
Prise de signes vitaux	212
Glycémie capillaire	392
Aérosolthérapie	146

7 — Projet de construction : salles d'urgence



En 2017-2018, l'établissement a amorcé des travaux préparatifs à la construction de la nouvelle urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier. Des travaux de réfection ont également débuté dans certaines aires de l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher afin de permettre d'offrir un environnement plus adéquat à la clientèle dans la salle d'attente de la nouvelle urgence.

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

Arrimage des activités de stages aux besoins de recrutement

Constamment à la recherche de solutions pour combler les besoins croissants de personnel, le CISSS de la Montérégie-Est a formé une table de concertation entre la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, responsable du recrutement et la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, responsable de la gestion des stages. Cette initiative permet de mettre en commun la planification et l'organisation de stages et la préparation pour l'embauche de finissants déjà actifs dans l'établissement. L'implication des maisons d'enseignement sur le territoire permet à ce groupe de maximiser les retombées et de combler les demandes et les offres de stages en plus de contribuer à l'optimisation du processus de recrutement.

Création de nouvelles classes de spécialités pour les infirmières praticiennes spécialisées

Le 8 mars 2018, l'entrée en vigueur du nouveau règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) a permis la création de trois nouvelles classes de spécialités IPS au CISSS de la Montérégie-Est, soit IPS en santé mentale, IPS en soins aux adultes et IPS en soins pédiatriques. Les IPS reçoivent une formation avancée de 2e cycle en sciences infirmières et en sciences médicales leur permettant de prescrire des tests diagnostiques, des médicaments, des traitements en plus d'effectuer certaines interventions invasives tous prévus au règlement. Au 31 mars 2018, 22 IPS donnent des soins de première ligne sur notre territoire, soit dans notre établissement et dans certains GMF et cliniques médicales.

Mise en place d'un guichet d'accès unique pour les chercheurs

À l'été 2017, le CISSS de la Montérégie-Est a mis en place un guichet d'accès unique pour les chercheurs qui désirent soumettre une demande pour réaliser un projet de recherche dans ses installations. Cette initiative permet une meilleure fluidité de l'information pour les chercheurs et une centralisation des demandes qui assure à l'établissement une meilleure connaissance des projets y ayant cours. Un comité de convenance institutionnelle a également été mis sur pied à l'automne afin d'évaluer la faisabilité des projets de recherche en tenant compte des impacts organisationnels (matériel, humain, financier, etc.)

Déploiement d'une démarche de santé globale pour un retour à l'équilibre chez les gestionnaires

L'organisation a décidé d'investir temps et énergie pour procéder à un « Virage prévention ». Dans le cadre de ces travaux, un plan de prévention organisationnelle (PPO) a été élaboré et se déploie dans l'ensemble des directions.

Les gestionnaires font partie des groupes ciblés pour lesquels des mesures visant à retrouver un équilibre favorable à la santé globale (physique et psychologique) ont été mises en place. Afin que ces derniers puissent être en mesure d'offrir un bon soutien à l'ensemble du personnel dont ils ont la supervision, une démarche leur offrant du soutien et des mesures favorisant l'équilibre ont été déployés. Ces mesures seront éventuellement mises à la disposition du personnel œuvrant dans leur(s) service(s) respectif(s). Depuis, ce meilleur soutien auprès d'eux se traduit déjà en une diminution d'absences chez les cadres.

Création d'un milieu de stage novateur

Un nouveau milieu de stage en ergothérapie dans les équipes de santé mentale adulte a été créé par une ergothérapeute de la clinique externe de psychiatrie en courte durée à l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe. Développé en collaboration avec l'équipe en santé mentale adulte du CLSC des Maskoutains, ce nouveau milieu de stage permet de mieux répondre à la clientèle du CLSC et ainsi élargir le champ d'action des stagiaires de niveau universitaire. Ce stage est innovant, car il offre un éventail plus vaste de services à la clientèle en santé mentale du CLSC, soit l'ergothérapie, et il contribue à développer une continuité de services fluide entre les services du CLSC et de l'Hôpital. Depuis sa mise en place, quatre étudiants ont été accueillis en stage.

Harmonisation du service social hospitalier et de la gériatrie spécialisée

D'importants travaux ont été amorcés afin d'harmoniser le service social des trois centres hospitaliers, notamment en ce qui concerne la définition du rôle du travailleur social en milieu hospitalier, ses obligations et le processus clinique. En mettant en commun la vision du travail social en milieu hospitalier des travailleurs sociaux, des gestionnaires et des directeurs adjoints concernés, il a été possible d'orienter les actions dans la même direction, favorisant ainsi un engagement commun pour leur implantation. De plus, de nouveaux outils cliniques standardisés ont été élaborés et des formations ont été données sur les normes de tenue de dossier ainsi que sur l'évaluation du fonctionnement social auprès de l'ensemble des travailleurs sociaux de l'organisation.

L'élaboration d'un schéma du processus clinique appliqué au service social de la direction des services multidisciplinaires et de la gériatrie spécialisée en milieu hospitalier a permis de définir concrètement l'expertise des travailleurs sociaux, leurs interventions cliniques, ainsi que les outils utilisés afin d'offrir des services de qualité aux usagers.

Au 31 mars 2018, les actions sont réalisées à 75 % et la fin des travaux est prévue pour juin 2018.

Mobilisation des équipes des comptes à payer

Grâce à l'implantation de la première station visuelle et d'animation quotidienne et hebdomadaire aux services des comptes à payer, il a été possible d'instaurer une culture d'amélioration continue. En effet, les rencontres régulières du personnel ont favorisé leur mobilisation, leur implication et la responsabilisation des équipes à l'atteinte des objectifs telles l'amélioration des procédures, de meilleures communications et la planification participative. La station visuelle permet de résoudre rapidement les problèmes identifiés et de pérenniser les efforts de chacun.

— 8 — Lancement de la semaine de la reconnaissance



De nombreuses activités de reconnaissance ont été organisées dans le cadre de la première édition de la Semaine de la reconnaissance, notamment :

- le passage de l'escouade reconnaissance qui a visité les milieux de travail de plusieurs de nos installations;
- les conférences midi « Le Moi Inc. » par M. Sylvain Boudreau;
- la tournée du camion de smoothies ayant distribué plus de 6 000 rafraîchissements aux employés dans nos installations sur l'ensemble du territoire.

De plus, des centaines d'employés ont profité de massages sur chaises, du photomaton et de tirages de prix de présence grâce à la Caravane La Capitale.

Relève des cadres

L'organisation a mis sur pied un programme régional de relève des cadres dont la première cohorte débutait en janvier 2018. La première cohorte regroupe 60 participants.

Équipements médicaux spécialisés

Chaque année, à la suite de l'acceptation du plan triennal du plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM) les ingénieurs biomédicaux de l'établissement procèdent à la préparation des devis techniques et aux recommandations d'achats. Ces équipements sont de la dernière technologie et ont une incidence directe sur le travail des employés et des médecins. Les projets d'installation réalisés sont :

- 1 caméra gamma avec tomодensitomètre – Hôpital Honoré-Mercier
- 5 échographes polyvalents – Hôpital Pierre-Boucher
- 3 échographes portatifs – Hôpital Honoré-Mercier
- 1 table d'anesthésie – Hôtel-Dieu de Sorel

- 5 cabinets à médicaments automatisés – Hôtel-Dieu de Sorel
- 20 chariots à médicaments – Hôpital Honoré-Mercier
- 1 système de télémétrie aux soins intensifs – Hôtel-Dieu de Sorel

Formation « codes des mesures d'urgence »

Pour répondre aux normes d'Agrément Canada, 3 200 employés des hôpitaux Pierre-Boucher, Honoré-Mercier et Hôtel-Dieu de Sorel ont reçu une formation sur les codes des mesures d'urgence, en seulement deux semaines. Cette formation a été mise sur pied et offerte par le service de la sécurité civile, des mesures d'urgence et des stationnements. Cette initiative a permis d'optimiser la connaissance des mesures à mettre en place pour assurer, promouvoir et sensibiliser le personnel à la prévention et la sécurité au sein des installations du CISSS de la Montérégie-Est et de limiter le risque lors d'une intervention d'urgence. L'efficacité de la formation et la pérennité des apprentissages ont d'ailleurs été confirmées dans le rapport d'agrément 2017 pour l'établissement et le CISSS de la Montérégie-Ouest s'est inspiré du programme de formation en se basant sur le modèle de formation ludoéducative développé par le CISSS de la Montérégie-Est.

Mise sur pied d'une première cohorte pour la formation de préposé aux bénéficiaires

En collaboration avec le Centre de formation professionnelle (CFP) des Patriotes et le Service de développement des compétences, le Service d'acquisition et rétention des talents a mis sur pied une première cohorte pour la formation de préposé aux bénéficiaires. Cette formation a été offerte aux employés ainsi qu'à leur entourage. Présentement, onze personnes sont en formation. De plus, certains employés et candidats ont été guidés vers la reconnaissance des acquis et des compétences (RAC) afin qu'ils puissent avoir accès au titre d'emploi de préposé aux bénéficiaires. Une vingtaine de personnes ont été référées au CFP des Patriotes.

Formation des gestionnaires à l'utilisation adéquate des rapports de gestion financière

Une révision des rapports de gestion financière a été faite à la suite de la fusion des bases de données, favorisant ainsi une prise de décision rapide pour les dirigeants et un meilleur suivi financier pour les gestionnaires.

Une formation a donc été donnée à chacun des gestionnaires sur la gestion des ressources financières sous leur responsabilité, tout en tenant compte de leurs besoins, afin de les aider à prendre les meilleures décisions.

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

Priorisation des usagers identifiés niveau de soins alternatif (NSA) suivis en service social hospitalier

Plusieurs usagers identifiés NSA sont suivis par les équipes de service social hospitalier et de gériatrie spécialisée et il s'avérait nécessaire de revoir la compréhension des professionnels concernant les NSA, leur utilité et la pertinence de leur priorisation clinique en regard de la mission hospitalière de soins aigus.

Un projet a débuté en septembre 2017 à l'Hôpital Pierre-Boucher pour ensuite être déployé vers les équipes de l'Hôpital Honoré-Mercier et de l'Hôtel-Dieu de Sorel. Les équipes de service social hospitalier de la Direction des services multidisciplinaires et de la gériatrie spécialisée de l'Hôpital Pierre-Boucher ont travaillé sur l'amélioration du processus d'information des patients identifiés NSA et suivis en service social.

Les résultats :

- Plusieurs moyens déployés ont permis de mieux prioriser les suivis cliniques des travailleurs sociaux du milieu hospitalier, dont :
 - Utilisation d'un outil de suivi informatique;
 - Création d'une équipe d'intervention rapide;
 - Implantation d'un formulaire de déclaration NSA.
- Mise en place de mécanismes pour aviser les travailleurs sociaux dès l'identification d'un usager en NSA, permettant ainsi la priorisation des suivis et aidant les usagers à bénéficier des services appropriés à leurs besoins.

Réalisation des actions pour contrer les fugues

À la suite de l'augmentation importante du nombre de fugues dans la première moitié de 2017-2018, la Direction adjointe du programme jeunesse – hébergement, en collaboration avec la Direction adjointe du programme jeunesse – services psychosociaux dans la communauté et partenariat et la Direction de la protection de la jeunesse, a réalisé un plan d'action concerté afin de diminuer le nombre, la fréquence et la récurrence des fugues et assurer la sécurité et la réadaptation des usagers.

Depuis la mise en œuvre du plan d'action en décembre 2017, une révision de la saisie des fugues a été effectuée, des études de cas pour la cohorte des fugeurs chroniques, selon une approche grands utilisateurs, ont été réalisées ainsi qu'une augmentation de la sécurité dynamique au campus de Chambly durant les heures à risque plus élevé de fugues. En mars 2018, une diminution globale des fugues de 4 % a été notée comparativement à l'année précédente à pareille date (1718 fugues en 2017-2018 vs 1797 en 2016-2017).

L'objectif est de diminuer le nombre de fugues et de fugeurs chroniques de 20 % pour l'année à venir.

9 — Recrutement 3.0



Le recrutement 3.0 est une nouvelle façon de voir et de faire les choses en matière d'acquisition et de rétention des talents qui repose sur six éléments clés soit : la proximité, le service conseil, la proactivité, les partenariats, les stages et la rétention.

Cette approche a été appliquée pour le recrutement des préposés aux bénéficiaires, des préposés à l'entretien ménager, des éducateurs en services jeunesse et des agents de relations

humaines et démontre des résultats probants. Le recrutement par observation dans les milieux de stage permet d'optimiser le processus de sélection puisque les candidats sont mieux ciblés et déjà actifs dans notre établissement. L'équipe du Service acquisition et rétention des talents a multiplié les initiatives afin de recruter de nouvelles personnes, et ce, dans tous les titres d'emplois.

Près de 2 023 embauches ont été réalisées entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018.

10 — Projet-pilote sur les chutes en milieu d'hébergement



L'an dernier un groupe de boursiers de l'établissement, sélectionnés par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), a initié un projet-pilote visant notamment la participation de l'usager et de ses proches dans l'analyse des chutes en milieu d'hébergement et la formation du personnel afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services.

Au terme d'échanges avec la clientèle, de formations du personnel visé et de la tenue d'un sondage sur la culture de sécurité, entre autres, des idées d'amélioration ont été générées et des initiatives d'amélioration ont été mises en place à l'unité Du Palais du Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe. Grâce à l'animation quotidienne d'un caucus de qualité-sécurité au moyen d'une station visuelle et à la mise en place de tournées intentionnelles, le taux de chutes et de blessures qui en découlent est en baisse pour l'année financière 2017-2018.

Ce projet pilote s'inscrit dans les priorités stratégiques de l'établissement, notamment de développer une culture de sécurité, de réduire les risques inhérents à la prestation de soins et services ainsi que de répondre aux exigences du processus d'agrément.

Reconnaissance, par le MSSS, de l'expertise de l'équipe en gestion des risques de sinistre
Reconnu pour l'excellence des mesures mises en place dans son établissement en matière de gestion des risques de sinistre et de sécurité civile, le CISSS de la Montérégie-Est a signé une entente avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de partager son expertise pour implanter le modèle de gestion des risques en sécurité civile dans tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec. Le Ministère a adopté une politique en ce sens et a fait du déploiement de ce processus une mesure obligatoire pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. À la suite de

la participation du CISSS de la Montérégie-Est avec le MSSS pour l'implantation du modèle de gestion des risques en sécurité civile soutenu par un processus de gestion informatisé, l'établissement a mis à la disposition du MSSS un formateur afin de déployer cette nouvelle approche pour l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec.

Uniformisation du prix des stationnements

Le conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Est a adopté une nouvelle politique de gestion de ses espaces de stationnements qui touche les usagers. Entrée en vigueur le 3 avril 2017 avec la mise en place d'une nouvelle grille de tarification pour la clientèle, cette politique s'appuie sur des principes directeurs tels que le maintien de la gratuité pour les familles et les proches aidants des résidents en centre d'hébergement, la gratuité ou des tarifs réduits pour certaines clientèles vulnérables ou la gratuité pour la période de 0 à 30 minutes. Selon les installations, cette nouvelle grille s'est traduite, pour la majorité de la clientèle, par une diminution ou un maintien de la tarification actuelle. Dans d'autres cas, une augmentation a été nécessaire, le tout dans le but d'assurer l'autofinancement de l'entretien des stationnements de l'établissement.

Planification et analyse de l'utilisation des espaces de l'établissement

La Direction des services techniques s'est dotée, en juin 2017, d'un Plan directeur des locaux du CISSS de la Montérégie-Est. Cet outil de gestion des actifs immobiliers permet de définir une stratégie immobilière efficace, cohérente et réfléchie, à court, moyen et long termes, tout en tenant compte de l'accessibilité pour la clientèle, de l'optimisation et de l'intégration des services, de l'optimisation des baux et de l'optimisation de l'utilisation des espaces.

En s'appuyant notamment sur les balises de ce Plan directeur des locaux du CISSS de la Montérégie-Est, la Direction des services techniques et un comité de travail constitué des directeurs de première ligne des secteurs médicaux et cliniques ont bâti le Plan directeur immobilier des services de première ligne. Ainsi, des pistes de solutions pour optimiser l'utilisation des espaces dans les CLSC de l'établissement ont été formulées, puis étudiées. L'étude, qui a pris fin en janvier 2018, a permis de retenir quelques scénarios d'optimisation qui ont été présentés en mai 2018.

11 — Harmonisation de l'offre de service dans les cafétérias



Dans la poursuite d'un processus global d'harmonisation au sein des installations de l'établissement et dans un souci d'équité, le prix des repas et des aliments a été révisé et ajusté au 3 avril 2017, pour le personnel de l'établissement et pour les visiteurs. En toute cohérence avec le virage santé amorcé en 2009, les services alimentaires poursuivent leur mission en proposant à leur clientèle des aliments de qualité respectant les principes d'une alimentation saine.

Implantation du Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN)

L'implantation du programme de dépistage de la surdité néonatale est complétée à l'Hôpital Pierre-Boucher et à l'Hôtel-Dieu de Sorel. L'objectif visé est de procéder au dépistage de 100 % des nouveau-nés ayant vu le jour dans ces deux hôpitaux.

Le dépistage précoce permet d'intervenir rapidement auprès de l'enfant qui présente des difficultés auditives et ainsi mettre en place le traitement approprié pour réduire les impacts dans la vie de cet enfant. Selon les données fournies par le MSSS, à l'Hôpital Pierre-Boucher, le pourcentage de nouveau-nés auxquels le dépistage a été offert est de 99,4 % et 86,8 % ont complété le protocole de dépistage avant le congé. À l'Hôtel-Dieu de Sorel, où le programme est implanté depuis deux ans, le pourcentage de nouveau-nés concernés auxquels le dépistage a été offert est de 97,2 % et 82,9 % ont complété le protocole de dépistage avant le congé.

Implantation du Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE)

L'implantation d'un programme de counseling motivationnel postnatal visant à informer les parents sur l'importance de la vaccination et de répondre à leurs interrogations a été complété à l'Hôpital Pierre-Boucher. Depuis janvier 2018, toutes les familles qui donnent naissance à cet hôpital sont rencontrées par une conseillère en immunisation qui s'assure de bien les informer concernant la vaccination et l'importance du respect du calendrier vaccinal. Ce programme a été implanté dans 13 hôpitaux du Québec qui ont été choisis par le MSSS selon leur nombre annuel d'accouchements.

12 — Application de la Loi 113



À la suite de l'adoption, le 16 juin 2017, de la Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et de communication de renseignements (PL-113), le ministère de la Santé et des Services sociaux a mandaté le CISSS de la Montérégie-Est afin de participer à la coordination des travaux provinciaux en vue de la révision de la documentation de soutien à la pratique dédiée aux intervenants du milieu.

Cette loi modifie, entre autres, le Code civil et la Loi sur la protection de la jeunesse en y introduisant des changements majeurs en matière d'adoption, de recherches des antécédents et de retrouvailles et de confidentialité des informations contenues aux dossiers s'y rattachant.

Développement d'un partenariat avec le Collectif de défense des droits de la Montérégie

Le CISSS de la Montérégie-Est a été cité en exemple par le Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM), pour les usagers, concernant sa politique sur l'utilisation exceptionnelle, judiciaire et sécuritaire des mesures de contrôle, qui a occasionné des résultats probants en peu de temps. Cette mention a été faite lors d'une rencontre d'une délégation du CDDM avec le député de Lapinière et le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette. Un projet de collaboration avec le CDDM a débuté en 2017 pour que toutes les personnes qui font l'objet d'une requête pour garde en établissement aient la possibilité d'être accompagnées par l'organisme.

Un projet pilote a été mis en place pour l'ensemble des usagers hospitalisés en santé mentale du CISSS afin de leur permettre de contacter le CDDM pour répondre à leurs questions relatives à leurs droits lorsqu'une garde en établissement est requise. Quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) des usagers, soit 110 personnes, ont utilisé ce service et l'ont considéré éclairant et soutenant.

Intégration d'un nouveau titre d'emploi au GMF-U Richelieu-Yamaska

En 2017-2018, le GMF-U Richelieu-Yamaska a intégré au sein de son équipe une agente d'amélioration continue de la qualité (AACQ). Ce nouveau titre d'emploi est en intégration dans tous les GMF-U du Québec à la demande du MSSS et a permis au GMF-U Richelieu-Yamaska de mettre en place un comité local de l'amélioration continue (CLACQ). Ce comité est constitué de la directrice médicale, de la cogestionnaire, des représentants de l'ensemble des professionnels, du personnel administratif et des résidents. Son mandat consiste à identifier des projets d'amélioration continue qui s'inscrivent dans les trois missions du GMF-U soit la clinique, l'enseignement et la recherche. Un corridor de collaboration entre plusieurs directions permettra la mise en place de projets porteurs pour le CISSS de la Montérégie-Est au GMF-U.

Début des négociations locales

À la suite d'une vaste consultation des représentants de l'établissement et de la mise en place d'une solide structure de gouvernance favorisant les échanges internes et externes, les négociations locales ont été entamées dans le but de convenir de conventions collectives répondant aux besoins actuels et futurs de l'organisation, de contribuer à l'édification d'une culture propre au CISSS de la Montérégie-Est, et ce, avec chacune des quatre associations syndicales accréditées.

Réorientation de la clientèle aux urgences

La réorientation judicieuse de deux catégories d'usagers dont la problématique de santé était jugée moins prioritaire (P4 et P5) et pouvant être pris en charge ailleurs que dans un hôpital est implantée à l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher et s'est poursuivie à l'Hôpital Honoré-Mercier en 2017-2018. Celle-ci a permis une diminution des cas non urgents dans les deux salles d'urgence. En plus d'utiliser la bonne trajectoire pour recevoir les soins nécessaires à leur priorité clinique, les usagers réorientés ont reçu un enseignement sur le recours approprié aux soins et services de l'urgence.

Le projet de réorientation a été présenté aux médecins omnipraticiens des cliniques du territoire afin de les impliquer dans cette démarche d'amélioration pour les usagers. Le CISSS de la Montérégie-Est a également travaillé avec eux afin qu'ils offrent davantage de disponibilités lors des fins de semaine pour l'accueil de la clientèle.

- Hôpital Pierre-Boucher
Du 1^{er} avril au 9 décembre 2017 : moyenne de 356 patients réorientés par période financière.
Du 10 décembre 2017 au 3 février 2018 : moyenne de 640 patients réorientés par période financière, ce qui représente une augmentation de 80 % du nombre de patients réorientés par rapport aux périodes financières allant du 1^{er} avril au 9 décembre 2017.

- Hôpital Honoré-Mercier
Du 1^{er} avril 2017 au 3 février 2018 : 1416 patients réorientés.
Une augmentation de 314 % du nombre de patients réorientés par rapport à 2016-2017.

13 — Adoption de la politique pour des environnements sans fumée



En vertu de la Loi 44 visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, le conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Est a adopté, en novembre 2017, la « Politique pour des environnements sans fumée ». L'objectif de cette politique est de promouvoir la santé par le non-tabagisme et le développement de saines habitudes de vie. Cette politique a fait l'objet de consultations auprès des nombreux acteurs

concernés. Sa mise en application s'échelonnait sur une période de trois ans et touchera les installations de l'établissement de manière graduelle, en trois phases. Un comité de pilotage a débuté les travaux pour l'actualisation des actions de la première phase.

Implantation de l'Échange de Données Informatisées (EDI)

Le MSSS a annoncé qu'à partir de 2020, les fournisseurs devront être en mesure de transiger avec les établissements du réseau de la santé par échange de données informatisées. Pour rencontrer cet objectif, le service des approvisionnements a amorcé l'implantation des transactions électroniques des commandes, réceptions ainsi que la facturation de l'établissement avec les fournisseurs qui ont adopté l'EDI.

Un accent sur la poursuite de la performance

14 — Mise en place d'un service de transport médical adapté pour les usagers



À la suite de la fermeture rapide de l'entreprise principale responsable du transport adapté des usagers du CISSS de la Montérégie-Est, le 29 novembre 2017, des efforts considérables ont été déployés pour mettre en place un service de transport permettant de maintenir cette offre de service de façon sécuritaire aux usagers nécessitant un transport médical adapté interétablissement, mais aussi à plus de 200

autres usagers participant aux activités de six centres de jour situés dans les réseaux locaux de services (RLS) Pierre-Boucher et Richelieu-Yamaska. La fermeture de l'entreprise privée de transport a engendré le rapatriement des minibus en fonction sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Est et l'achat de nouveaux véhicules pour répondre aux 10 000 demandes annuelles de transport médical adapté, comme exigé par la Politique de déplacement des usagers du Réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, pour assurer l'accessibilité aux services des centres de jour des usagers touchés par cette réorganisation, des ententes avec les différents réseaux de transport adapté municipal ont été prises.

Évaluation mensuelle des projets stratégiques

L'organisation a déployé et animé la dimension « Déployer » dans sa salle de pilotage stratégique, permettant ainsi l'évaluation mensuelle des projets stratégiques. Progressivement, depuis septembre 2017, lors de l'animation du pilotage stratégique, de 80 à 100 projets stratégiques rattachés aux priorités organisationnelles de l'année sont évalués, mensuellement, par la direction responsable, en fonction de trois leviers de performance soit : l'atteinte des objectifs, le respect des échéanciers et des ressources planifiées. La mise à jour des projets est répartie sur deux cycles par mois et l'animation de ces projets est réalisée en 15 à 20 minutes lors du pilotage stratégique. L'évaluation des projets est réalisée au préalable. Ainsi, 40 obstacles ont pu être surmontés de septembre 2017 à mars 2018 et des ajustements rapides ont pu être apportés à des projets majeurs, pour assurer l'atteinte des résultats planifiés.

Hausse des traitements des signalements

Cette année, on note une hausse de plus de 10 % de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse, sur un total de 1 122 signalements, ce qui se traduit par 620 évaluations de plus à réaliser par les équipes. Les gestionnaires et les intervenants ont assuré une accessibilité aux services en optimisant l'utilisation des ressources en place. Au Service réception et traitement des signalements, le personnel a dépassé de 11 % les attentes de la direction en termes de traitement des signalements. Dans les équipes évaluation et orientation, les intervenants ont complété 400 évaluations de plus (8 %) que la cible ministérielle établie à 50 évaluations par intervenant.

Ouverture d'une salle d'opération à l'Hôtel-Dieu de Sorel

L'ouverture d'une nouvelle salle d'opération (5 jours/2 semaines) à l'Hôtel-Dieu de Sorel a permis de réaliser davantage de chirurgies. En 2016-2017, 5 587 chirurgies avaient été réalisées au total alors qu'en 2017-2018, ce nombre a grimpé à 5 927 chirurgies.

Nous avons réalisé 234 chirurgies oncologiques en 2017-2018, ce qui nous a permis de réaliser 93 % des chirurgies oncologiques dans un délai de moins de 28 jours et 100 % d'entre elles en moins de 56 jours.

L'augmentation du nombre de chirurgies réalisées a également permis de réduire le délai d'attente en chirurgie orthopédique et de réaliser celles-ci à l'intérieur de 6 mois, comme la cible ministérielle l'exige.

Mise en place des centres de gestion des listes d'attente en chirurgie

La mise en place des centres de gestion des listes d'attente en chirurgie et l'harmonisation des procédures de mise à jour et de suivi de ces listes dans les trois hôpitaux ont permis d'améliorer considérablement le nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an. Ainsi, seulement deux patients étaient en attente depuis plus d'un an au 31 mars 2018, contrairement à 22 patients en attente à la même date en 2017 (excluant les patients en attente d'une chirurgie bariatrique).

15 Ouverture de deux salles d'endoscopie digestive



L'ouverture d'une salle additionnelle d'endoscopie digestive à l'Hôpital Honoré-Mercier portant le nombre de salles ouvertes à cinq, jumelée à la collaboration des équipes de gastroentérologues ont permis de réduire la liste d'attente. Ainsi, 1 582 interventions ont été réalisées dans la nouvelle salle. Grâce à cette initiative, les usagers ont maintenant accès à leur examen rapidement. En effet, 80 % d'entre eux y ont eu accès dans les délais requis selon leur priorité clinique.

	Nombre d'examens réalisés
2016-2017	13 006
2017-2018	14 845

Quant à l'Hôpital Pierre-Boucher, l'ouverture d'une 5^e salle d'endoscopie digestive a permis de réduire le nombre de patients en attente d'une procédure de contrôle. À l'été 2017, plus de 4 250 patients dépassaient les délais requis selon leur priorité clinique, alors qu'on en compte 901 seulement au 31 mars 2018. Il s'agit d'une amélioration de plus de 79 %.

Optimisation en imagerie médicale

Une légère augmentation du nombre d'examens réalisés en imagerie médicale a été observée dans les trois départements d'imagerie médicale du CISSS de la Montérégie-Est.

Des projets d'optimisation ont été réalisés dans le but d'améliorer l'accessibilité pour le patient et la performance organisationnelle grâce à la participation du personnel et des médecins (ateliers de travail Lean, ateliers Kaikaku et Kaizen).

En effet, la réduction du délai pour la réalisation d'examens de résonance magnétique (IRM), de tomographie (scan) et d'échographie ainsi que la réduction du délai pour la transcription des rapports ont contribué à l'amélioration de la performance.

Les résultats :

- Augmentation du nombre d'examens réalisés : 347 978 examens en imagerie médicale ont été réalisés en 2017-2018, ce qui représente 2 % de plus que l'année précédente et une augmentation de 7 % depuis trois ans.
- Amélioration de la majorité des cibles dont :
 - Imagerie par résonance magnétique (IRM) à l'Hôpital Pierre-Boucher
 - La cible du MSSS était de 24 examens réalisés/jour et 26 examens sont réalisés par jour
 - L'indicateur « Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis ≥ 3 mois »
 - En scopie : 100 %
 - En mammographie diagnostique : 98,8 %
 - En tomodensitométrie (SCAN) : 88,4 %

- Délai de transcription des examens :
 - Délai de 60 jours en 2016, alors qu'un délai moyen de 10 jours a été maintenu toute l'année 2017-2018

Amélioration de la performance globale des urgences

Plusieurs projets de réorganisation du travail dans les urgences des hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Est ont permis d'améliorer la performance globale des urgences, et ce, malgré une augmentation de leur achalandage.

En 2017-2018, il y a eu 3 945 visites dans nos salles d'urgence de plus que l'an dernier, pour un total de 138 344 visites. La principale augmentation a été observée à l'Hôpital Pierre-Boucher, qui a connu une hausse de 3 049 visites.

On note également une augmentation importante du nombre de patients sur civière pour atteindre 57 096, soit 3 866 patients sur civière de plus que l'an dernier.

Malgré toutes ces augmentations, la durée moyenne de séjour sur civière est passée de 20,2 heures en 2015-2016 à 18,6 heures en 2016-2017 pour se chiffrer à 17,5 heures en 2017-2018, ce qui représente un gain de 2,7 heures sur deux ans.

La durée de séjour sur civière pour les patients hospitalisés est passée de 26,7 heures en 2016-2017 à 25,5 heures, ce qui représente une diminution de 1,2 heure, due en partie aux améliorations des processus de l'urgence, mais également aux travaux dans les processus de la gestion des séjours, permettant à l'utilisateur d'avoir accès à un lit de courte durée plus rapidement.

Amélioration de la durée moyenne de séjour de la clientèle à l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier

La diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence et du pourcentage de séjours de 48 heures est une préoccupation constante pour l'établissement. La collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le continuum clientèle a permis d'améliorer la gestion des séjours des usagers et d'abaisser la DMS de la clientèle sur civière à l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier.

À cet effet, des interventions ont été mises de l'avant afin d'améliorer la fluidité de la clientèle :

- Revue des processus inhérents aux transferts de la clientèle sur les étages;
- Partenariat de proximité avec les différents acteurs impliqués dans le continuum (gestion des séjours, unités d'hospitalisation, médecine de jour);
- Ajout d'un ergothérapeute à l'urgence afin de favoriser le retour à domicile.

Année	DMS	% de séjours de 48 heures
2015-2016	20,8 heures	8 %
2016-2017	15,9 heures	4 %
2017-2018	13,8 heures	2 %

Fusion des bases de données des comptes à recevoir

Le temps récupéré avec la fusion des quatre bases de données des comptes à recevoir dans le système de gestion des ressources financières permet à l'établissement de maximiser les revenus par un meilleur suivi des créances et ainsi de pouvoir réinvestir ces sommes dans les services à l'utilisateur.

16 — Mise en place d'une équipe de médecins experts à l'interne



Le service de gestion et promotion de la santé et sécurité au travail (GPSST) a rassemblé une équipe de médecins experts lui permettant de référer et recourir plus rapidement et efficacement à certains types d'expertise et au traitement du personnel (syndiqués, non syndiqués et cadres). À partir de nos installations du CISSS de la Montérégie, des experts sur place nous permettent ainsi d'obtenir des rendez-vous plus rapides pour l'ensemble de nos employés absents du travail.

Ainsi, nous avons accès à des médecins experts qui connaissent mieux notre milieu de travail, ainsi que l'environnement et la nature du travail, ce qui peut donner lieu à une meilleure évaluation de la situation, à un traitement et un retour au travail dans des délais plus courts, de même qu'à la mise en place des mesures préventives et durables, le cas échéant.

17 — Réduction des délais d'attente à la Clinique de développement de la petite enfance (CDPE)



La Clinique de développement de la petite enfance (CDPE) du RLS Richelieu-Yamaska a révisé ses processus afin de réaliser une meilleure première évaluation des enfants en attente et ainsi leur permettre d'être dirigés plus rapidement vers des services de réadaptation, selon les évaluations. Ainsi, durant la dernière année, au 31 mars 2018, les délais d'attente pour rencontrer des professionnels ont passablement diminué passant de 11 mois à 8 mois en ergothérapie, de 18 à 7 mois en orthophonie et de 14 à 7 mois en physiothérapie.

Participation du CISSS de la Montérégie-Est à l'offre de formation continue partagée

Deux formations développées par les équipes du CISSS de la Montérégie-Est ont été présentées et approuvées par la Table nationale d'évaluation du MSSS et seront intégrées sur la plateforme de la formation continue partagée (FCP) accessible à tous les établissements du Québec :

- Processus en gestion intégrée des risques, développée par la Direction adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE);
- Contrôle et prévention des infections, développée par le Service de prévention et du contrôle des infections, Direction des services professionnels (DSP).

Prix et reconnaissances

— 18 — D^r Gilles Brien reçoit la médaille du Lieutenant-Gouverneur du Québec



Le 2 avril 2017, le président de la Fondation Honoré-Mercier, le D^r Gilles Brien, recevait la médaille du Lieutenant-Gouverneur du Québec pour sa contribution à sa communauté. D^r Brien est administrateur de la Fondation Honoré-Mercier depuis sa création en 1982. Tour à tour, il a été membre du CMDP de l'Hôpital Honoré-Mercier, directeur des Services professionnels de l'Hôpital Honoré-Mercier et médecin examinateur des

plaintes. Cette marque de reconnaissance vient mettre en évidence le travail qu'il a fait et continue de faire pour le développement des soins de santé pour la population des territoires des Maskoutains, d'Acton Vale et de la Vallée-du-Richelieu, tant à titre professionnel que comme grand philanthrope au sein de la Fondation Honoré-Mercier pour laquelle il assume le rôle de président du conseil depuis 2008.

— 19 — Claude Surprenant, technicien en loisirs, remporte les honneurs



M. Claude Surprenant, technicien en loisirs au Centre d'hébergement de Mgr-Coderre à Longueuil s'est mérité le prix « Loisir et intervention » ainsi que le prix de l'Association des services de loisirs en institution de la Montérégie (ASLIM), lors de la 31^e édition des prix d'excellence de la Fédération québécoise du loisir en institution. Le premier prix récompense sa contribution significative à la recherche et au développement

du loisir dans le réseau de la santé. La Fédération tenait à souligner son implication en son sein, notamment pour la défense des besoins professionnels des intervenants en loisir. Le prix de l'ASLIM quant à lui, reconnaît M. Surprenant pour son implication dans la continuité et la réussite de cette association. Il a d'ailleurs remporté un prix pour plus de 20 ans de loisir au quotidien, à cette même occasion.

— 20 — Prix honorifique de l'Association québécoise en retraitement des dispositifs médicaux



L'équipe de l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe a remporté le Prix honorifique de l'Association québécoise en retraitement des dispositifs médicaux, dans le cadre du congrès qui s'est tenu le 19 octobre 2017. Ce prix est remis à une équipe pour souligner de façon particulière son implication dans son milieu et au sein de l'Association. Cette unité sert d'exemple pour plusieurs autres

hôpitaux qui viennent visiter les installations respectant les normes établies de façon exemplaire.

21 — Aline Vincent remporte le prix d'auxiliaire familiale pour la Montérégie



En novembre 2017 avait lieu le congrès annuel de l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec qui soulignait le travail remarquable des auxiliaires familiales dans le réseau de la santé. Lors de cet événement, Mme Aline Vincent, auxiliaire aux services santé et services sociaux en soutien à domicile pour le CLSC Gaston-Bélanger à Sorel-Tracy, a reçu la mention « Finaliste Région 16 – La Signature d'Or », car elle se démarquait par son travail exemplaire et son dévouement.

22 — Cristelle Choquette reçoit le prix Étoile filante



Mme Cristelle Choquette, agente de relations humaines pour les services jeunesse, a reçu le prix « Étoile filante » décerné par la Clinique de pédiatrie sociale L'Étoile située dans le Vieux-Saint-Jean. Ce prix lui a été remis à l'occasion de la Grande semaine des tout-petits, en reconnaissance des gestes posés au regard des droits des enfants. Mme Choquette a été l'une des premières intervenantes à s'être jointe à la clinique

et elle a mis sur pied le comité de l'Étoile filante ayant pour but de sensibiliser les jeunes à leurs droits et responsabilités dans la société.

23 — Prix Panoramix - Rayonnement 2018, la Serpe d'Or pour les docteurs Doray



Le Dr Jean-Luc Doray, ainsi que le Dr Jean-Pierre Doray, tous deux pédiatres à l'Hôpital Pierre-Boucher et co-présidents du Comité de Morbidité et Mortalité Périnatales de l'Hôpital Pierre-Boucher depuis 20 ans, ont reçu le Prix Panoramix - Rayonnement 2018, la Serpe d'Or pour leurs activités au sein du comité et du Département de Périnatalité. Le Prix Panoramix est remis chaque année à un membre du Département de

Périnatalité de l'Hôpital Pierre-Boucher ayant su se démarquer par sa contribution à l'avancement des connaissances en périnatalité à l'Hôpital Pierre-Boucher. Les récipiendaires ont permis, par leur dévouement et leur travail, l'avancement de la science.

Grands Prix santé et sécurité du travail décernés par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) au CISSS de la Montérégie-Est

— 24 — Formation et soutien pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaire



Le programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) a poursuivi son développement au sein du CISSS avec une nouvelle méthode de formation des préposés aux bénéficiaires (PAB) : PDSB dans l'action! En collaboration avec le syndicat, la direction adjointe du programme SAPA – hébergement, le Service de développement des compétences, toute l'équipe de formateurs PDSB et le Service de la gestion

et promotion de la santé et sécurité au travail, un plan d'action a été réalisé afin de former les PAB des centres d'hébergement du RLS Richelieu-Yamaska et Pierre-De Saurel sur le déplacement sécuritaire de la clientèle, qui représente une grande partie des accidents de travail. Au total, plus de 500 personnes ont participé à cette formation qui s'est échelonnée d'octobre 2017 à la fin mars 2018. Cette nouvelle façon de former le personnel a été très appréciée par les participants. Toutes ces actions ont permis de réduire de 33 % le nombre de lésions en quelques mois seulement. Cette formation a d'ailleurs remporté un prix dans le cadre des Grands Prix CNESST de la région de la Yamaska.

— 25 — Table d'autopsie ajustable en hauteur et en largeur, à l'Hôpital Pierre-Boucher



Le 2 mai 2017, l'Hôpital Pierre-Boucher recevait un des Grands Prix santé et sécurité du travail. Lauréat bronze dans la catégorie Innovation, organismes publics, le CISSS a obtenu cet honneur pour la table d'autopsie ajustable en hauteur et en largeur utilisée à l'Hôpital Pierre-Boucher. Cette table tient compte des diverses clientèles de l'hôpital, dont la clientèle bariatrique qui présente un volume abdominal plus important. Ainsi, les

pathologistes et les technologistes peuvent adopter une position plus confortable pour travailler et éviter des problèmes musculo-squelettiques causés par une mauvaise posture. En outre, la table contribue à diminuer les risques de chute chez les utilisateurs de plus petite taille qui doivent monter sur un banc afin de travailler adéquatement.

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

Attentes spécifiques 2017-2018

RÉSULTATS AU REGARD DES ATTENTES SIGNIFIÉES 2017-2018

SECTION II : Santé publique

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
2.2 Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales	La présence d'un comité est l'une des composantes essentielles à l'implantation et au bon fonctionnement d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. C'est la raison pour laquelle elle fait l'objet d'une reddition de compte de chaque établissement sous la forme d'un formulaire dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED) indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars.	R

SECTION III : Services sociaux

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
3.1 Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	Le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 inclut une action concernant l'élaboration d'un protocole d'intervention en matière d'itinérance et l'implantation de celui-ci dans les établissements et les organismes ciblés, et de manière arrimée avec les groupes de médecine familiale. L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement. Un nouveau formulaire dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED) devra être complété deux fois par année.	R

<p>3.2 Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence</p>	<p>La bonification des composantes des programmes d'intervention en négligence est un prérequis à l'atteinte de l'objectif du Plan stratégique 2015-2020 visant à diminuer le taux de jeunes pris en charge pour un motif de négligence. L'établissement devra assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des programmes d'intervention en négligence avant le 31 mars 2018. Le formulaire dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED) identifie les composantes devant être présentes dans un programme d'intervention en négligence pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.</p>	R
<p>3.3 Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée public</p>	<p>Poursuivre l'évaluation à jour des usagers hébergés dans les lits d'hébergement permanent de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et l'élaboration de plans d'intervention convenus avec la personne et/ou ses proches, et ce, en respect des obligations de l'établissement découlant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle et possèdent un plan d'intervention.</p> <p>Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront également être transmis dans le formulaire du système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED) prévu à cette fin, deux fois par année. Un état de situation sur les résultats obtenus devra être produit.</p>	R

3.4 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	Le Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité constitue un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, mis en place par la Direction des personnes ayant une déficience, en 2008. L'établissement devra compléter et transmettre le plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité.	R
3.5 Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme	Le Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme a été publié à l'hiver 2017 et identifie les grandes priorités qui guideront le réseau dans les actions à poser afin de mieux soutenir les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme et leurs familles. À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	R
3.6 Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut niveau de soins alternatifs (NSA)	Des délais d'attente maximaux ont été établis pour les usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) en lit de courte durée en centre hospitalier. La fluidité de la trajectoire des usagers est influencée par des facteurs en amont, en intra-hospitalier et en aval du centre hospitalier. L'établissement a des obligations dans la prévention et la réduction des niveaux de soins alternatifs. Il doit produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien niveau de soins alternatifs. Un état des résultats doit également être fait périodiquement pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	R

3.8 Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les centres hébergements et de soins de longue durée	L'investissement de 36 M\$ vise à bonifier la qualité des soins d'hygiène en optimisant l'organisation du travail et à offrir un deuxième bain ou douche, en plus du soin quotidien, aux résidents qui le désirent et dont les conditions particulières le permettent. L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène doit être produit. De plus, il est prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	R
--	--	---

SECTION IV : Service de santé et de médecine universitaire

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
4.3 État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en gestion de la douleur chronique sur son territoire, soutenu par le centre d'expertise auquel il est associé. L'établissement devra compléter une autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	R

<p>4.4 État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs</p>	<p>Le MSSS a procédé, en 2016, au déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles pour la prise en charge et au suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs et souhaite un état d'avancement. L'établissement devra déposer une autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1^{er} juin 2016 et produire un état de situation faisant état des réalisations.</p>	<p>R</p>
<p>4.5 État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018</p>	<p>L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en accident vasculaire cérébral sur son territoire. Un plan d'action national vient d'être produit. Il comprend les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum, assorties de moyens et d'indicateurs. L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.</p>	<p>R</p>
<p>4.6 État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement, réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015</p>	<p>L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en maladie rénale sur son territoire. Il comprend les pratiques optimales pour les phases du continuum, assorties de moyens et d'indicateurs. L'établissement devra déposer une autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.</p>	<p>R</p>

<p>4.7 Investissements en santé mentale dans l'établissement</p> <p>– Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique (PEP)</p>	<p>Des investissements de 26,5 M\$ ont été alloués en santé mentale afin de soutenir notamment le déploiement de soutien intensif dans le milieu, soutien intensité variable et premier épisode psychotique. Les établissements qui ont bénéficié d'une enveloppe de développement doivent planifier le déploiement de ces services en fonction des standards cliniques reconnus.</p> <p>Le centre national d'excellence en santé mentale a pour rôle d'accompagner les établissements dans l'actualisation de bonnes pratiques en matière de services dans la communauté, notamment le suivi intensif dans le milieu, le soutien d'intensité variable et le premier épisode psychotique.</p> <p>L'établissement devra prendre part à un processus d'accompagnement avec le Centre national d'excellence en santé mentale dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.</p>	R
<p>4.8 Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté</p>	<p>Les investissements de 25 M\$ pour déployer l'offre de services dans la communauté pour les personnes présentant des troubles mentaux graves exigent un suivi, puisque le maintien du financement octroyé aux établissements est conditionnel à la livraison des services prévus. L'établissement devra fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu, soutien d'intensité variable, Flexible Assertive Community Treatment et premier épisode psychotique. Contrairement au suivi des ententes de gestion et d'imputabilité associées au soutien intensif dans le milieu et soutien intensité variable, ce suivi, deux fois par année, comprend également les services qui ne sont pas homologués.</p>	R

SECTION VI : Financement, infrastructure et budget

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
6.1 Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	En vertu de la Loi visant à permettre la réalisation d'infrastructures par la Caisse de dépôt et placement du Québec (2015, chapitre 17), le Secrétariat du Conseil du trésor doit s'assurer de l'évaluation fiable et objective de l'état des infrastructures publiques, dont le parc immobilier du réseau de la santé et des services sociaux, d'ici 2020. L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R
6.2 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Le Gouvernement du Québec a lancé le 28 mars 2011 sa nouvelle « Stratégie québécoise d'économie d'eau potable ». À cet effet, les établissements de chaque région sont invités à adhérer aux engagements du MSSS au regard de cette stratégie. Par la complétion du formulaire dans le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED), l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement en voyant à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R

SECTION VII : coordination réseau et ministérielle

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
7.1 Sécurité civile	<p>En vertu de la Loi sur la sécurité civile (chapitre S-2.3), du Plan national de sécurité civile et du Plan des mesures 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 biens et services essentiels. L'établissement devra s'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle.</p> <p>À cet effet, l'établissement doit s'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; • du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le Plan national de sécurité civile, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; • de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile. 	R

7.3 Gestion des risques en sécurité civile – santé et services sociaux

En vertu de la Loi de la sécurité civile, il revient aux établissements de réaliser le processus de gestion des risques en sécurité civile afin d'assurer le maintien de leurs biens et services essentiels, et ce, en cohérence avec l'objectif 3 du Plan des mesures de sécurité civile (PMSC). Il leur revient également de procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.

R

7.5 Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise

Un programme d'accès indique la manière, le service et l'installation pour lesquels il y a obligation de rendre les services de santé et les services sociaux accessibles en langue anglaise pour la population d'expression anglaise.

Les établissements ont reçu, à l'automne 2017, le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le conseil d'administration et ensuite aussi transmis exceptionnellement au coordonnateur à l'accès aux services en langue anglaise.

Aucune reddition de compte requise vu le report de cette attente spécifique

7.6 État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique

Objectif 20 du Plan stratégique du MSSS 2015-2020 : favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance. Des actions sont menées, dont le déploiement des salles de pilotage, pour insuffler une culture de la performance.

L'établissement devra dresser un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Des questions d'ordre général sont prévues.

R

Engagements annuels 2017-2018

RÉSULTATS AU REGARD DES ENGAGEMENTS 2017-2018

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	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
Première ligne et urgence			
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12 heures	17,54 heures	12 heures
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	17 GMF	18 GMF	18 GMF
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	78 %	76,94 %	85 %
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	70 %	48,2 %	70 %
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	70 %	45,9 %	70 %
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
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	70 %	57,8 %	70 %

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

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018 puisqu'on note un écart de plus de cinq heures par rapport à l'engagement annuel. On note toutefois une amélioration de 5,8 % par rapport à l'année 2016-2017.

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

- Pour l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier : le manque de présence d'omnipraticiens à l'urgence et à l'hospitalisation à certains moments de l'année, l'occupation élevée des lits d'hospitalisation durant la période hivernale et le manque de lits d'hébergement pour la clientèle qui ne requiert plus une hospitalisation.
- Pour l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher : les lieux physiques désuets, le nombre insuffisant de lits d'hospitalisation sur les unités de soins, le manque de lits d'hébergement pour la clientèle qui ne requiert plus une hospitalisation et l'absence d'une zone d'évaluation rapide (ZER).
- Pour l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel : le manque de présence d'omnipraticiens à l'urgence et à l'hospitalisation à certains moments de l'année.

Par rapport à l'année 2016-2017, on observe :

- Une amélioration de 1,7 heure à l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier.
- À l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher, malgré une augmentation de l'achalandage (augmentation du nombre d'inscriptions, du nombre de patients couchés sur civière et du nombre d'hospitalisations), on note l'amélioration de la durée moyenne de séjour de 0,8 heure, ce qui traduit une réelle amélioration des processus internes.
- Le haut taux de patients en attente de lit d'hospitalisation indique clairement le manque de disponibilité de lits sur les unités. Sur les unités de soins, les efforts concertés dans la planification de congés ont également permis de diminuer le taux de patients passant plus de 48 heures sur une civière. En effet, on note une diminution de 2,1 % pour l'ensemble de la clientèle et de 4,1 % pour la clientèle de 75 ans et plus.
- À l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel, l'achalandage est demeuré relativement stable. La durée moyenne de séjour de la clientèle sur civière a connu une légère augmentation de 0,3 heure.

Les principales mesures mises en place, ou à venir, pour corriger la situation sont :

- Pour l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier :
 - Mise en place d'un comité de travail DMS (durée moyenne de séjour) afin de mieux coordonner les processus d'admission.
 - Plan d'action afin d'améliorer la fluidité de la clientèle durant le continuum de soins.
 - Ajout d'un repère visuel dans l'application Siurge qui indique que le lit à l'étage est prêt, ce qui permet de réduire le délai avant le départ du patient vers l'étage.
 - Développement d'une unité transitoire d'hospitalisation, ce qui permet de libérer les civières de l'urgence de la clientèle admise.
- Pour l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher :
 - Création et implantation de l'équipe multidisciplinaire ayant pour mandat la planification précoce du congé et le retour à domicile.

- Ajout d'un repère visuel dans Siurge qui permet d'identifier rapidement les patients ayant déjà des services et un plateau de soins disponibles et ainsi les retourner sans délai dans leur milieu de vie post-épisode aiguë.
 - Redéfinition des rôles et fonctions de l'assistante au supérieur immédiat (ASI) quant à la planification de congé et la supervision des processus d'accès aux lits.
 - Révision des trajectoires d'accès aux plateaux techniques.
 - Implantation de la note infirmière et médicale informatisée facilitant la communication.
- Pour l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel :
 - Révision de plusieurs processus.
 - Renforcement de la qualité de la saisie de données en temps réel.
 - Mise en place d'un plan d'accompagnement pour les nouveaux médecins à l'urgence.
 - Projet d'optimisation des opérations hospitalières.

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

L'engagement est non atteint pour 2017-2018 puisqu'on note un écart de 1,06 % par rapport à l'engagement annuel. Pour corriger la situation, l'établissement fait les démarches pour obtenir plus de nouveaux médecins et intensifie le recrutement actif de médecins d'autres régions en mobilité interrégionale (MIR).

Les principaux facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement sont les bris de service dans la couverture médicale des urgences et des hospitalisations obligeant à prioriser ces activités au dépend de la prise en charge, ainsi que l'augmentation importante et imprévue du nombre de retraites et de décès chez les médecins.

Le MSSS ajuste annuellement l'indicateur, en janvier, en lien avec l'accroissement de la population; cela apporte une pression accrue sur les résultats à atteindre qui devront être encore plus élevés en 2018-2019.

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

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018.

Certains facteurs expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement :

- Pour l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier et de l'Hôpital Pierre-Boucher :
 - Pénurie médicale ne permettant pas de couvrir tous les quarts de travail à la hauteur des besoins.
 - L'achalandage supérieur à l'année dernière.
 - Lieux physiques désuets.
- Pour l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel, les facteurs suivants ont été identifiés :
 - Pénurie médicale ne permettant pas de couvrir tous les quarts de travail à la hauteur des besoins.
 - Pénurie de personnel infirmier.

Par rapport à l'année 2016-2017, on observe :

- À l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier, une diminution de 1,6 % de la clientèle prise en charge dans un délai inférieur à deux heures comparativement à l'an passé.
- À l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher, malgré l'augmentation de 3 049 visites par rapport à l'an dernier et aucun ajout de personnel, on note une amélioration de 5,1 % du taux de prise en charge en moins de deux heures, ainsi qu'une diminution du taux de départ avant la prise en charge. La stabilisation de l'offre médicale et la mise en place des différents projets en cours de développement contribueront également à poursuivre ces améliorations.
- À l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel, une diminution de 3,9 % de la clientèle prise en charge dans un délai inférieur à deux heures comparativement à l'an passé.

Parmi les mesures mises en place ou à venir pour corriger la situation, on retrouve notamment :

- Pour l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier :
 - Modification des plages horaires pour la couverture médicale à l'urgence (ajout d'un quart de jour, 7 jours par semaine et un quart de soir, la fin de semaine).
 - Optimisation des processus cliniques au secteur ambulatoire afin d'accélérer la prise en charge médicale.
 - Optimisation des processus cliniques à la Zone d'évaluation rapide (ZER).
 - Processus de recrutement médical afin de pallier les quarts non comblés.
- Pour l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher :
 - Mise en place de l'entente et du processus de réorientation des cas moins urgents (P4-P5) vers la super clinique Pierre-Boucher.
 - Amélioration des processus liés au triage et développement d'ordonnances collectives additionnelles au triage.
 - Réorganisation du travail et révision des processus.
 - Implantation de la Zone d'évaluation rapide (ZER) en octobre 2018 ce qui permettra la prise en charge plus rapide de la clientèle.
 - Processus de recrutement médical afin de pallier les quarts non comblés.
- Pour l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel :
 - Ajout d'une agente administrative de nuit.
 - Ajout d'une infirmière auxiliaire, ce qui permettra d'assurer la fluidité des activités au bloc ambulatoire.
 - Processus de recrutement médical afin de pallier les quarts non comblés.
 - Suivi périodique des données en cogestion clinico-administrative et réajustement des actions en conséquence.

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

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018.

Certains facteurs expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement :

- Pour l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier :
 - Augmentation des visites et progression constante de l'achalandage depuis 2015.
 - Plus de 55 % de la clientèle consultant à l'urgence n'a pas de médecin de famille, ou ne fait pas partie d'un Groupe de médecine de famille (GMF). L'entente avec les GMF du RLS Richelieu-Yamaska nous permet de réorienter un patient se présentant à l'urgence vers le GMF de son médecin de famille. Toutefois, bien que certains patients répondent aux critères déterminés pour la réorientation, aucune installation n'accepte de les recevoir s'ils n'ont pas un médecin de famille dans le GMF.
 - Lieux physiques désuets.
 - Pénurie médicale.
 - Manque d'accessibilité aux lits de courte durée contribuant à la congestion et au ralentissement du fonctionnement de l'urgence.
- Pour l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher :
 - Lieux physiques désuets.
 - Pénurie médicale.
 - Manque d'accessibilité aux lits de courte durée contribuant à la congestion et au ralentissement du fonctionnement de l'urgence.
- Pour l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel :
 - En plus du manque de présence d'omnipraticiens à l'urgence et à l'hospitalisation à certains moments de l'année, ainsi que du manque de personnel infirmier, la clinique sans rendez-vous populationnelle a mis fin à ses activités en 2017. Étant donné qu'il n'y a qu'un GMF dans la région de Sorel-Tracy, l'alternative pour recevoir des soins de santé médicaux sans rendez-vous demeure l'urgence de l'hôpital.

Par rapport à l'année précédente, on note une détérioration de la situation de 0,8 % à l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier, ainsi qu'une amélioration de 3,2 % principalement attribuable à la réorganisation de l'aire ambulatoire à l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher et une détérioration de la situation à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel de 5,8 %.

Pour corriger la situation, les mesures suivantes seront mises en place ou l'ont été récemment :

- Pour l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier :
 - Augmentation des plages horaires pour la couverture médicale à l'urgence.
- Pour l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher :
 - Mise en place de nouvelles ordonnances collectives au triage.
 - Réorientation des patients dont la cote de triage est P4 ou P5 (cas moins urgents), vers une clinique médicale.

- Pour l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel :
 - Ajout d'une agente administrative, ce qui permettra de libérer les infirmières de tâches cléricales, d'assurer la fluidité des processus et d'améliorer la qualité des données.
 - Ajout d'une infirmière auxiliaire, ce qui permettra d'assurer la fluidité des activités au bloc ambulatoire, même durant les heures de repas.
 - Recrutement médical afin de combler les quarts vacants.
 - Suivi périodique des données en cogestion clinico-administrative, ce qui permettra de réajuster les actions en conséquence.
 - Évaluation de la possibilité d'implanter un processus de réorientation de la clientèle dont la cote de triage est P4 ou P5 (cas moins urgents) vers un Groupe de médecine de famille (GMF).

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

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018 puisqu'on note un écart de 12,2 % par rapport à l'engagement annuel, ce qui représente également une baisse de 8,5 % par rapport aux résultats 2016-2017 de l'établissement. Les résultats atteignent 53 % au RLS Pierre-Boucher, 60 % au RLS Pierre-De Saurel et 61,5 % au RLS Richelieu-Yamaska.

Les mesures suivantes ont été mises en œuvre par l'établissement pour corriger la situation :

- Révision systématique des charges de cas.
- Respect du nombre de rencontres tel que défini dans le cadre de référence.
- Suivi de la performance des intervenants : une balise de 4 heures d'exposition directe à la clientèle est attendue.

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

- La délocalisation des travailleurs sociaux en GMF réduit les effectifs de façon significative en CLSC, ce qui augmente les délais de prise en charge de la clientèle dans les services psychosociaux généraux adultes.
- Le nombre insuffisant de ressources pour répondre à la demande. En Montérégie, 53 % des patients sont inscrits en GMF, alors que 70 % des travailleurs sociaux se retrouvent en GMF. Il reste donc 30 % des ressources pour répondre aux besoins de 47 % de la population.
- L'étendue des clientèles comprises dans l'indicateur et les niveaux de priorité clinique d'accès définis contreviennent à la cible administrative de 30 jours. À titre d'exemple, pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) ou ayant une déficience physique (DP), le plan d'accès pour personnes handicapées comprend les priorités Urgent (moins de 72 heures), Élevé (jusqu'à 30 jours) et Modéré (à l'intérieur de 360 jours). Les clientèles sont prises en charge en fonction de leur priorité clinique dont la très grande majorité se classe parmi la priorité Modéré. La même échelle de priorisation est utilisée pour toutes les clientèles en soutien à domicile pour éviter que ces clientèles aient un accès aux soins à domicile selon leur diagnostic.

- Cet indicateur regroupe des services dont les cibles, en terme de délai, sont très variables (allant d'un délai de deux heures pour un programme d'intervention de crise, jusqu'à un délai d'un an dans le cadre du plan d'accès en déficience). Cette agrégation rend difficile l'interprétation des résultats. L'établissement poursuivra ses travaux d'analyse dans chacun des services pour cibler les zones d'amélioration.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
Services spécialisés			
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0 demande	15 demandes	0 demande
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90 %	74,9 %	90 %
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100 %	100 %	100 %
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100 %	98,8 %	100 %
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	100 %
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	90 %	41,7 %	80 %
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100 %	74,9 %	85 %
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	90 %	46 %	80 %

1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100 %	88,4 %	100 %
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90 %	62,9 %	85 %

Commentaires :

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

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018. On note toutefois une amélioration des résultats de 75 % par rapport à 2016-2017.

Cet indicateur comprend les patients en attente d'une chirurgie bariatrique. Pour le moment, nous les excluons de la démarche entreprise pour atteindre la cible de zéro patient en attente depuis plus d'un an, puisqu'un petit nombre de chirurgiens pratique cette intervention. Il reste donc trois usagers dont la chirurgie a été réalisée mais dont le nom a été mal radié de la liste d'attente. Au cours des six derniers mois, la majorité des usagers inscrits comme ayant dépassé un an d'attente était plutôt des erreurs de radiation dans la liste. De plus, l'établissement travaille à réduire les listes de patients en attente de plus de six mois, ce qui laisse croire qu'il atteindra la cible pour 2018-2019.

Imagerie médicale

L'engagement est atteint pour deux indicateurs d'imagerie médicale sur huit au CISSS de la Montérégie-Est. Un total de 347 978 examens ont été réalisés en imagerie médicale en 2017-2018, ce qui représente 2 % de plus que l'année précédente (et une augmentation de 7 % depuis trois ans). L'achalandage des trois hôpitaux influence la capacité de répondre aux demandes électives, cependant des travaux d'optimisation réalisés ont permis cette année un gain de performance de 361 000 \$, lequel a été réinvesti pour réaliser davantage d'examens d'imagerie.

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

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018. L'écart est de 15 % par rapport à l'engagement, bien qu'on note une légère amélioration (près de 4 %) par rapport aux résultats de l'année précédente. À l'Hôpital Honoré-Mercier, des problèmes de processus ont été identifiés et corrigés, ce qui a permis d'améliorer depuis 4 mois, la réalisation des chirurgies oncologiques à l'intérieur d'un délai de 28 jours. Une surveillance continue est accordée en vue de l'atteinte de la cible.

Malheureusement, certaines chirurgies oncologiques qui ne doivent pas nécessairement être réalisées à l'intérieur d'un délai de 28 jours telles que les chirurgies visant la prostate et la thyroïde, notamment, compromettent le résultat.

- Résultat au 31 mars 2018 pour l'Hôpital Pierre-Boucher : 87 %
- Résultat au 31 mars 2018 pour l'Hôtel-Dieu de Sorel : 93,3 %
- Résultat au 31 mars 2018 pour l'Hôpital Honoré-Mercier : 68,2 %

1.09.34.03-PS Mammographie diagnostique

Au global, 98,8 % des mammographies diagnostiques sont en attente depuis moins de trois mois. C'est un écart de 1,2 % par rapport à l'engagement 2017-2018 et une amélioration de 0,4 % par rapport à l'année précédente. Les efforts se poursuivent pour atteindre la cible.

1.09.34.05-PS Échographie cardiaque

Au global, près de 42 % des échographies cardiaques sont en attente depuis moins de trois mois, ce qui ne correspond malheureusement pas à l'engagement 2017-2018. Toutefois, on note une amélioration de 7 % par rapport à l'année précédente. Cette année, l'établissement poursuit la formation de technologues spécialisés, des professionnels peu nombreux actuellement, pour accroître la contribution à la réalisation des examens. La demande d'un nouvel appareil d'échographie cardiaque a été faite au MSSS afin de pouvoir augmenter la production.

1.09.34.06-PS Échographie mammaire

Au global, près de 75 % des échographies mammaires sont en attente depuis plus de trois mois, ce qui ne correspond pas à l'engagement 2017-2018 et qui représente une diminution de 24 % par rapport aux résultats de l'année dernière. L'équipe doit composer avec deux radiologues en moins cette année. Parmi les pistes de solutions retenues, on retrouve le transfert des examens au LIM (Laboratoire d'imagerie médicale privé), l'augmentation du nombre de rendez-vous donnés et l'arrivée d'un nouveau radiologiste en juillet 2018.

1.09.34.07-PS Autres échographies

Au global, 46 % des autres échographies sont en attente depuis moins de trois mois. Bien que ce taux n'atteigne pas la cible, il représente une amélioration de 12 % par rapport à l'an dernier. Afin d'améliorer la situation, les pistes de solutions suivantes sont envisagées : mise à jour des listes d'attente, travaux de pertinence, transfert d'examen d'un hôpital à l'autre et travaux d'optimisation en cours.

1.09.34.08-PS Tomodensitométrie

Au global, 88,4% des tomodensitométries sont en attente depuis moins de trois mois. C'est un écart de 11,6 % avec la cible et une diminution de 11 % par rapport à l'année dernière. L'établissement a stabilisé des équipes permanentes sur les trois sites afin d'assurer l'atteinte des cibles.

1.09.34.09-PS Résonance magnétique

Au global, près des 63 % des résonances magnétiques sont effectuées en moins de trois mois, ce qui ne permet pas d'atteindre la cible. On observe une légère diminution (4 %) par rapport aux résultats de l'année dernière. Pour remédier à la situation, l'établissement cherche à embaucher d'autres technologues pour ajouter des plages horaires la fin de semaine et également, transférer des examens d'un hôpital à l'autre.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
Sécurité et pertinence			
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 %
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 %
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100 %	100 %	N/D
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	100 %	100 %	100 %
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70 %	70 %	75 %

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
Personnes âgées			
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100 %	100 %	100 %
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	6 803	7 882	7 000
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)	90 %	92,1 %	90 %
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	85 %	79,9 %	85 %

Commentaires :

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

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018. Afin d'augmenter la conformité des résultats avec les attentes ministérielles, l'établissement a entrepris les démarches suivantes :

- Une révision de l'offre de service en ressource intermédiaire a eu lieu et des appels d'offres sont finalisés ou en cours pour développer de nouveaux partenariats.
L'établissement recherche :
 - Des ressources B3 soins adaptées pour accueillir la clientèle avec un profil 9 et plus
 - Des ressources qui pourront accueillir des clientèles nécessitant une intensité de soins et services professionnels plus élevés
 - Des ressources qui pourront accueillir des clientèles présentant des troubles de comportements

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

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

- L'état de santé du résident nécessite une évaluation infirmière ou médicale fréquente (ex. chutes répétitives, surveillance régulière de signes vitaux, etc.)
- Le résident nécessite l'administration d'insuline sur échelle ou l'administration de médication au besoin (PRN) nécessitant une évaluation clinique par l'infirmière
- Le résident présente des troubles de comportement imprévisible avec impulsivité et présente un risque pour sa sécurité ou celle d'autres résidents si l'encadrement est insuffisant
- Le résident nécessite des soins palliatifs (fin de vie)

Plusieurs ressources intermédiaires comportent des barrières architecturales (système de cotation) qui limitent la capacité d'admettre des résidents avec profil ISO-SMAF 9 et plus.

Pour l'année 2016-2017, l'établissement avait atteint un taux de conformité de 79,4 %. Les résultats pour l'année 2017-2018 sont donc très légèrement supérieurs en raison de la modification du parc de lits en ressources intermédiaires qui est en cours et qui se poursuivra en 2018-2019. L'établissement doit attendre que les ententes contractuelles arrivent à échéance pour réviser ses contrats.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
Personnes vulnérables			
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	6,82 %	N/D	6,93 %
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	80 %	88,9 %	90 %
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	704 places	574,2 places	704 places
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	245 places	270 places	260 places
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 620 usagers	1 488 usagers	1 700 usagers
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	57 lits	57 lits	57 lits
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	19 %	20,1 %	20,2 %
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	72 %	72,2 %	75 %

Commentaires :

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

Cet indicateur est en cours de révision du côté du ministère. Les résultats ne sont pas disponibles.

Indicateur 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance

L'engagement est atteint et on note une amélioration de 13 % par rapport à l'année précédente.

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

L'engagement de 704 places en soutien d'intensité variable (SIV) n'est pas atteint à 100 %, mais à 66,5 %. Des démarches sont en cours avec le MSSS afin de négocier une cible inférieure qui corresponde au budget réel dédié à cette cible et en lien avec les balises ratio de 18 places pour 1 ETC. L'établissement avait 574,2 places au 31 mars 2018 et 317 places à la même date l'année précédente. L'évolution est donc positive en fonction du financement reçu.

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

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018. On note un écart de 132 usagers par rapport à la cible à atteindre et une baisse de 7,6 % par rapport aux résultats de 2016-2017. Il est important de noter que toutes les demandes sont traitées dans les délais requis.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
Mobilisation du personnel			
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	6,53 %	8,18 %	6,53 %
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,16 %	4,44 %	3,16 %
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	2,78 %	3,10 %	2,78 %

Commentaires :

Indicateur 3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018. Les résultats sont plus faibles de 7 % par rapport à l'année 2016-2017. L'établissement a mis en place un plan d'action organisationnel comprenant des mesures en lien avec les processus de gestion préventive de l'invalidité, d'assignation et de réintégration au travail plus précoce et adaptée, les outils d'analyse et de travail, le soutien médical, l'implication et la formation des gestionnaires.

Indicateur 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018. Les résultats sont plus faibles de 21 % par rapport à l'année précédente. Il y a évidemment une corrélation avec l'augmentation de l'assurance salaire. Les efforts de recrutement ont été soutenus et plusieurs stratégies ont été mises en place pour diminuer le recours au temps supplémentaire : introduction de nouveaux titres d'emploi, partenariat avec un établissement d'enseignement pour accélérer la formation de préposés aux bénéficiaires, pré embauche des stagiaires, mise en place d'un programme de reconnaissance des acquis, etc. L'établissement a augmenté les responsabilités des aides de service, notamment en hébergement. Pour la période estivale, des garanties d'heures ont été offertes au personnel de plusieurs titres d'emploi en rareté, notamment au sein des catégories pour les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires et les infirmières, et des ententes d'horaire de 12 heures dans deux urgences et en CHSLD ont été conclues.

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

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018. Les résultats présentent une baisse de 10 % comparativement à l'année précédente. L'établissement a augmenté de 30 % ses cibles d'embauche d'externes en soins infirmiers, ainsi que pour les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et a augmenté ses offres de garanties de travail jusqu'à offrir du temps complet, afin de pallier la situation. De nouveaux centres d'activités ont été rendus accessibles aux CEPI bacheliers, dont les soins intensifs. Le programme de préceptorat a été revu afin de mieux répondre aux besoins des nouveaux apprenants. L'orientation des candidates à l'exercice de la profession d'infirmière auxiliaire (CEPIA) a également été revue de manière à les stabiliser et favoriser la réussite de l'intégration et la rétention. Un comité de travail pour l'intégration des infirmières françaises a été mis en place et Recrutement Québec a été mandaté à cet effet aussi. La présence de stagiaires dans plusieurs unités a été maximisée, et ce, pour plusieurs titres d'emplois et à l'échelle organisationnelle. Tous ces éléments contribuent également à la réduction du temps supplémentaire.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
Soutien à domicile (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	738 320 heures	833 013 heures	739 341 heures
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	751 003 heures	769 567 heures	751 003 heures
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	5 440 personnes	5 496 personnes	5 440 personnes

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
Déficiences			
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	94,5 %	87,0 %	94,9 %
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	95,6 %	97,4 %	97,0 %

Commentaires :

1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS

L'engagement est non atteint pour l'année 2017-2018. On note un écart de 7,5 % par rapport à l'engagement et une diminution des résultats de 8,3 % par rapport aux résultats obtenus en 2016-2017.

Les mesures qui seront prises par l'établissement pour corriger la situation sont :

- Mise en place d'une procédure de gestion des premières demandes par le guichet d'accès, comprenant un appel téléphonique à la gestionnaire de la liste d'attente et l'obligation pour le guichet d'accès de parler à quelqu'un devant un contexte de priorité de niveau 1 (P1). Les demandes inscrites au plan d'accès doivent être traitées en premier par le guichet pour éviter des délais indus.
- Mise en place des équipes d'évaluation rapide en soins à domicile (SAD) sur l'ensemble du territoire.
- Vérification et suivi hebdomadaires, en comité de coordination et avec les gestionnaires du SAD, du rapport du plan d'accès, et ce, par les responsables de la liste d'attente des soins à domicile (SAD).
- Avec des budgets supplémentaires, il est planifié d'ajouter deux ETC au guichet d'accès du RLS Pierre-Boucher.

Parmi les principaux facteurs qui expliquent les résultats, on retrouve :

- Changement organisationnel du côté des spécialistes d'activité clinique (gestionnaires des listes d'attente) et des cadres intermédiaires au soutien à domicile.

- Implantation partielle des équipes d'évaluation rapide en cours durant l'année 2017-2018 : l'implantation de ces équipes se poursuivra en 2018-2019, ce qui diminuera considérablement les délais de prise en charge.
- Manque de connaissances de certains intervenants clés (guichet d'accès, gestionnaires de la liste d'attente) du RLS Pierre-Boucher relativement aux délais (date de début et de fin des délais), comptabilisés au plan d'accès.
- Sous-utilisation des fonctions « requis ultérieurement » ou « indisponibilité de l'utilisateur » dans le système I-CLSC par le guichet d'accès.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
Santé physique - Cancérologie			
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100 %	96,8 %	100 %

Commentaires :

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

On constate un léger écart de 3 % entre les résultats et l'engagement à atteindre pour 2017-2018 et aucun changement significatif par rapport aux résultats de l'année précédente. Certaines chirurgies oncologiques pouvant être réalisées dans un délai d'attente allant de 28 jours à trois mois compromettent l'atteinte de cette cible.

L'information a été transmise au MSSS lors des rencontres sur les mécanismes d'accès et par le chantier de chirurgie pour lequel l'établissement a des conférences téléphoniques à tous les mois. Le MSSS est bien au fait de cette situation et l'établissement est en attente de travaux avec lui, le point de départ étant les recommandations du rapport du vérificateur général pour la chirurgie.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	100 %



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

L'agrément

Une visite d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément (CQA) a eu lieu du 23 au 28 avril 2017, au CISSS de la Montérégie-Est, tel que prévu au modèle de visites progressives multiples à l'intérieur du cycle d'agrément. Il s'agissait de la première visite depuis la création du CISSS de la Montérégie-Est.

Avec un taux de conformité aux nombreux critères évalués parmi les plus forts, à 91,6 %, l'établissement démontre une fois de plus sa capacité à répondre aux besoins de sa clientèle selon les normes de qualité et de sécurité. D'ailleurs, au terme de cette visite, le CISSS de la Montérégie-Est maintient son statut d'établissement agréé, et ce, jusqu'à la prochaine visite prévue en 2019. Les visiteurs ont constaté qu'au terme de sa deuxième année d'existence suite à la fusion des CSSS et du Centre jeunesse de la Montérégie, le CISSS de la Montérégie-Est se dirige vers le succès.

Ils ont accordé une mention spéciale à plusieurs réalisations de l'établissement qui vont bien au-delà des résultats attendus, dont la gestion intégrée des risques, la gestion intégrée de la qualité au quotidien et la gestion de la performance.

Des mesures de suivi ont toutefois été exigées par Agrément Canada et lui ont été transmises le 25 octobre 2017 pour les ensembles de normes suivants :

- Imagerie diagnostique (8.7, 15.4)
- Gestion des médicaments (11.4)
- Prévention et contrôle des infections (6.1)
- Retraitements des dispositifs médicaux réutilisables (7.3)
- Soins palliatifs et services en fin de vie (7.14)
- Traitement du cancer (5.5, 14.10)

Il a également été nécessaire de fournir des preuves aux exigences des principaux tests de conformité qui se rattachent aux pratiques organisationnelles requises (POR) suivantes :

- Médecine (9.2.1)
- Soins ambulatoires (9.2.1)

Pour le 24 avril 2018, les critères suivants exigeaient un suivi dont les preuves sont en examen au comité examinateur d'Agrément Canada :

- Gestion des médicaments (11.4)
- Imagerie diagnostique (3.8, 8.7)
- Gouvernance (13.4)
- Leadership (14.5)

Les résultats en bref

Deux méthodes d'évaluation ont été utilisées par les visiteurs d'Agrément Canada afin d'apprécier la conformité des critères prévus aux cahiers de normes ciblés, lors de la visite en avril 2017. Dans un premier temps, les visiteurs ont évalué tous les critères inclus dans chacun des cahiers de normes. Par la suite, certains visiteurs ont suivi un usager lors de son parcours de soins ou de services, ce qui a permis d'évaluer sous des angles différents les critères rencontrés. Ces méthodes permettent d'obtenir une note globale pour chacun des cahiers de normes. Voici un tableau avec les principaux résultats obtenus :

Normes stratégiques	Résultat obtenu en %
Gouvernance	91,3
Leadership	92,3
Norme populationnelle	
Santé et bien-être des populations (santé mentale pour le RLS Pierre-De Saurel)	92,1
Normes transversales	
Gestion des médicaments	97,1
Prévention et contrôle des infections	92,8
Normes de services	
Traitement du cancer	93,9
Soins palliatifs et services en fin de vie	96,1
Services péri-opératoires et interventions invasives	92,8
Médecine	90,0
Soins primaires	85,1
Soins ambulatoires	71,7
Urgences	92,1
Soins critiques	92,7
Imagerie diagnostique	96,3
Retraitement des dispositifs médicaux	96,8

Fort de ce bilan positif pour les secteurs ciblés lors de la visite en avril 2017, l'établissement maintient ces standards de qualité en gardant ses équipes d'amélioration continue de la qualité actives et, du même coup, s'assure d'améliorer sa conformité aux critères pour lesquels des défis sont à relever.

Un nouveau cycle de cinq ans s'amorcera en 2018 et le CISSS de la Montérégie-Est s'efforce déjà de préparer les prochaines visites.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Les 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 des politiques, procédures, règlements sur la gestion des risques et la qualité.
- Formation e-learning transmise à 1 320 nouveaux employés ou gestionnaires relativement à la déclaration d'un événement indésirable.
- Formation e-learning transmise à 77 nouveaux gestionnaires relativement à l'analyse d'un événement indésirable.
- Diffusion et appropriation, par les équipes, des différents outils de gestion intégrée des risques :
 - Feuille de route d'aide à la décision
 - Aide-mémoire en gestion des risques : démarche R.E.V.O.I.R.
 - Affiche d'information : « J'adopte des comportements tout 9 »
 - Guide et outils d'accompagnement sur la divulgation subséquente
 - Aide-mémoire pour une divulgation réussie
 - Développement d'une formation e-learning en collaboration avec le Centre de formation continue partagée (FCP) du CIUSSS de l'Estrie - CHUS sur la pratique clinique de déclaration, d'analyse sommaire, de la divulgation subséquente ainsi que le processus général en gestion des risques. La formation sera disponible en 2018.
 - Participation des conseillères cadres à la gestion intégrée de la qualité aux comités de gestion des directions adjointes cliniques dans une perspective de soutien, de gestion des risques et d'amélioration continue
 - Implantation du système d'information sur la sécurité des soins et des services en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation, permettant ainsi la déclaration électronique des événements

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

	2016-2017		2017-2018	
	Nb	%	Nb	%
Événements déclarés				
Nb total d'événements déclarés	24 921	100 %	27 163	100 %
Incidents	1 468	5,89 %	1 194	4,40 %
Accidents	23 453	94,11 %	25 969	95,60 %

Note : Nombre de déclarations pour l'année 2017-2018 au 2 mai 2018. L'établissement a jusqu'au 15 juin 2018 pour comptabiliser les données de 2017-2018.

Incidents de gravité A et B 2017-2018		
	Nb	% de l'ensemble des événements
Total des événements A et B déclarés	1 194	4,40 %
Nature des trois principaux types d'incidents de gravité A et B		
Matériel	98	0,36 %
Autres	238	0,88 %
Médicaments	476	1,75 %
Accidents de gravité C à I 2017-2018		
	Nb	% de l'ensemble des événements
Total des événements C et I déclarés	25 575	94,15 %
Nature des trois principaux types d'incidents de gravité C et I		
Autres	3 554	13,08 %
Médicaments	7 588	27,94 %
Chutes	10 593	39,00 %

Note : Nombre de déclarations pour l'année 2017-2018 au 2 mai 2018. L'établissement a jusqu'au 15 juin 2018 pour comptabiliser les données de 2017-2018.

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

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

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

- Actualisation des activités de maîtrise des risques organisationnels qui ont été identifiées au registre des risques organisationnels 2016-2019.
- Poursuite des travaux du comité d'action sur l'accessibilité aux objets dangereux ou pouvant causer des blessures dans les unités d'encadrement intensif en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, afin de prévenir les risques liés aux tentatives de suicide, aux suicides, aux agressions et à l'automutilation.
- Analyse prospective concernant : « l'accessibilité aux objets dangereux ou pouvant causer des blessures réalisée au Centre de crise l'Accès du RLS Pierre-Boucher » faite avec l'apport d'un usager. Celle-ci va donner lieu à la mise en place d'actions d'amélioration pour l'année 2018-2019.
- Recension des suicides des trois dernières années chez l'adulte pour les RLS Pierre-Boucher, Pierre-De Saurel et Richelieu-Yamaska. Cette recension a permis l'intégration d'actions préventives au comité sur la prévention du suicide.
- Poursuite de la mesure de pérennisation de la démarche participative et transversale lors de l'analyse d'un événement sentinelle qui s'articule autour du libellé de l'article 183.3 de la LSSSS. Les différentes étapes du processus sont : la déclaration de l'événement, la revue de la documentation, l'analyse de l'événement, le retour d'expérience, la rédaction du rapport, le dépôt du rapport final et la réalisation des actions d'amélioration continue.

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

Le Comité de coordination clinique de prévention et contrôle des infections (CCCPCI) a retenu comme priorité, pour la dernière année, l'harmonisation des pratiques concernant la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD). Dans un processus d'amélioration continue, la cartographie des processus a été élaborée pour chacun des hôpitaux. L'établissement a procédé à l'harmonisation des ordonnances collectives des trois RLS pour le dépistage de la DACD et des décisions ont été prises afin que les mesures harmonisées mises en place respectent les lignes directrices émises par le MSSS. Les résultats des efforts collectifs seront visibles au cours de l'année 2018-2019.

Outre la priorisation des mesures d'interventions concernant la DACD, l'établissement a notamment :

- Formé l'ensemble du personnel clinique en centre d'hébergement et de soins de longue durée sur les mesures de prévention et de contrôle de la gastro-entérite et de la grippe saisonnière et produit des guides d'intervention à ce sujet;

- Mis à jour et déployé des affichettes et tableaux de précautions additionnelles relatives à plusieurs types d'isolements préventifs;
- Mis en place des campagnes de soins sécuritaires;
- Effectué une proposition de mise aux normes du retraitement des sondes endocavitaires;
- Créé, harmonisé et mis à jour des politiques et des procédures;
- Créé et harmonisé des outils de travail, de gestion et de surveillance;
- Effectué des audits permettant d'améliorer en continu nos pratiques;
- Formé différents corps de métier de la construction aux mesures de prévention lors de travaux de construction, de rénovation et d'entretien en milieux de soins.

Par ailleurs, l'hygiène des mains représente l'une des actions les plus efficaces dans la lutte aux infections nosocomiales et elle demeure un défi. Une attention particulière concernant le taux de conformité à l'hygiène des mains sera portée pour la prochaine année par l'organisation dans les installations du CISSS de la Montérégie-Est. D'ailleurs, des audits ont été effectués dans les installations de l'établissement en mai et en novembre 2017 et une campagne régionale a permis de sonder le personnel et les visiteurs sur leurs habitudes d'hygiène des mains, en partenariat avec les autres CISSS de la Montérégie. À cet effet, un plan d'action spécifique mettant à contribution les chefs médicaux des départements sera amorcé dès l'automne 2018 et une campagne promotionnelle sera déployée.

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

L'utilisation des mesures de contrôle au CISSS de la Montérégie-Est demeure une préoccupation constante des équipes de gestionnaires et des équipes de soins. Afin de contribuer à l'intégration et au maintien de l'application des orientations ministérielles relative au retrait de la contention, plusieurs mesures ont été mises en place dans les différents secteurs.

Plusieurs outils encadrant la pratique clinique sont utilisés dans les secteurs de soins en courte durée et les secteurs de l'hébergement : procédures, règles de soins infirmiers, formulaires d'évaluation et de suivi ainsi qu'une grille de surveillance.

Pour l'année 2017-2018, la Direction des services multidisciplinaires et la Direction des soins infirmiers ont créé un groupe de travail. À l'aide du cadre de référence ministérielle, ce groupe a pour mandat de faire la révision et l'harmonisation des outils d'encadrement, ainsi que leur déploiement pour l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Est. La politique et le règlement qui sont actuellement en rédaction auront pour principal objectif la réduction maximale de l'utilisation des mesures de contrôle, voire ultimement l'élimination, réaffirmant ainsi l'importance de privilégier les mesures de remplacement.

Taux de contention

Volet hospitalier

Hôpital

RLS Pierre-De Saurel		RLS Richelieu-Yamaska		RLS Pierre-Boucher	
2018	2017	2018	2017	2018	2017
10,86 %	6,2 %	5,94 %	9,3 %	4,33 %	4,3 %

En milieu hospitalier, tout comme l'an dernier, une mesure de prévalence relative à l'utilisation des mesures de contrôle a été effectuée dans les secteurs d'activités des hôpitaux. On observe un taux d'utilisation des mesures de contrôle stable à l'Hôpital Pierre-Boucher et une nette amélioration de ce taux à l'Hôpital Honoré-Mercier. À l'analyse, l'augmentation observée du taux à l'Hôtel-Dieu de Sorel est attribuable à l'utilisation des ridelles complètes sur civière à l'urgence.

Volet hébergement

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

Centre hébergement (2018*)

RLS Pierre-De Saurel		RLS Richelieu-Yamaska		RLS Pierre-Boucher	
2018	2017	2018	2017	2018	2017
2 %	0,4 %	11 %	19,7 %	8 %	8,6 %

*Les données 2018 sont comptabilisées au 31 mars 2018.

En vertu des orientations ministérielles concernant l'application des mesures de contrôle, on peut constater une baisse de 8,7 % au RLS Richelieu-Yamaska et de 0,6 % au RLS Pierre-Boucher pour l'utilisation de ce type de mesure. Cette baisse est associée à l'appropriation de la politique sur les mesures de contrôle, à une vigie de la qualité et de la sécurité et au maintien de la philosophie du milieu de vie, ainsi qu'à l'achat de lits à quatre ridelles.

En plus, une formation relative à l'utilisation exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle est offerte à tous les nouveaux employés en soins infirmiers.

Cependant, la hausse de 1,6 % de l'application de ces mesures au RLS Pierre-De Saurel est attribuable à une augmentation des résidents présentant des symptômes comportementaux psychologiques de la démence « SCPD ». Cette clientèle est en attente d'être relocalisée dans un environnement mieux adapté tel qu'une unité prothétique. L'évaluation de cette clientèle est prise en charge par une équipe interdisciplinaire clinico-administrative. De plus, une formation du personnel sur l'approche du résident avec SCPD est planifiée en juin 2018 comme élément essentiel à la prévention des SCPD et à une diminution de l'application des mesures de contrôle.

Jeunesse

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

		2016-2017	2017-2018
Jours présence		132 396	135 451
Nombre de jeunes hébergés		918	918
Fugues*	Nombre de fugues	1 796	1 712
	Nombre de fugueurs différents	248	238
	Ratio (fug./j. héb. diff.)	27 %	26 %
Isolements	Nombre d'isolements	2 051	3 930
	Nombre de jeunes différents	141	175
	Ratio (j. iso./j. héb. diff.)	15 %	19 %
Contentions*	Nombre de contentions	2 227	3 953
	Nombre de jeunes différents	194	236
	Ratio (j. con./j. héb. diff.)	21 %	26 %
Encadrement intensif	Nombre d'admissions en E.I.	167	197
	Nombre de jeunes différents	97	109
	Ratio (j. e.i./j. héb. diff.)	11 %	16 %

*Pour l'année 2017-2018, l'organisation a effectué une ronde de corrections des données pour la saisie des données.

Des actions pour contrer les fugues

Le nombre important de fugues dans la première moitié de 2017-2018 a mené l'établissement à produire un plan d'action concerté avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), la Direction adjointe du programme jeunesse - Services psychosociaux dans la communauté et partenariats (DAPJ-SPCP) et la Direction des services multidisciplinaires (DSM) afin de diminuer le nombre, la fréquence et la récurrence des fugues. Par le fait même, l'établissement s'assure de la sécurité et de la réadaptation des jeunes hébergés. Le ratio « fugueurs/jeunes hébergés différents » a donc diminué de 1 % par rapport à l'an dernier.

Depuis la mise en œuvre du plan d'action en décembre 2017, l'établissement a :

- Procédé à la révision de la saisie des fugues au système informatique « Programme Intégration Jeunesse (PIJ) », au 11 novembre 2017, ce qui a amené une correction diminuant ainsi de 341 le nombre de fugues (toutes les fugues saisies au système informatique PIJ furent revalidées par les gestionnaires concernés et plusieurs n'étaient pas conformes à la définition du cadre normatif);
- Toute fugue doit maintenant être validée par le chef de service concerné et par le coordonnateur du campus;
- Réalisé des études de cas pour la cohorte des fugueurs chroniques, selon une approche « grands utilisateurs »;
- Augmenté la sécurité dynamique au Campus de Chambly durant les heures à risque plus élevé de fugues;

- Tenu un atelier d'amélioration continue réunissant des intervenants et gestionnaires du secteur jeunesse qui permet de dresser un état de situation de l'expérience client, des processus de travail et de l'expérience-employé.

La mise en œuvre du plan d'action a permis une diminution globale de 84 fugues, soit près de 5 %, à la fin de l'année 2017-2018 comparativement à l'année 2016-2017. L'objectif est de diminuer le nombre de fugues et de fugeurs chroniques de 20 % pour 2018-2019.

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

- Les unités à traitement individualisé totalisent 44 % des isolements et 37 % des contentions, alors que ces unités ne représentent que 6 % de l'ensemble des places d'hébergement. Les 20 plus grands utilisateurs représentent 69 % des isolements et 64 % des contentions;
- 81 % des jeunes n'ont aucun isolement et 74 % n'ont aucune mesure de contention.

Des actions pour diminuer le recours à l'utilisation de l'isolement et la contention

- Implication des intervenants internes et externes (éducateurs, intervenants sociaux, gestionnaires, autres professionnels, médecin spécialiste) aux études de cas pour les enfants en grande difficulté, afin de convenir d'activités cliniques concertées au plan d'intervention;
- Les programmations des unités sont mises en place et révisées régulièrement pour répondre au besoin de la clientèle;
- Un plan d'action est en développement où tous les gestionnaires de la Direction adjointe du programme jeunesse - Hébergement (DAPJ-H) sont impliqués et est mis en pratique principalement dans les services où le nombre d'isolement et de contentions sont élevés via des études de cas avec une approche « grands utilisateurs »;
- Un projet de recherche est en cours à la DAPJ-H pour tenter d'identifier le processus décisionnel qui amène l'éducateur à avoir recours à la mesure d'isolement/contention et en favoriser la diminution.

Les mesures mises en place par l'établissement ou son Comité de vigilance et de la qualité suite aux recommandations formulées par les instances suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

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

Accessibilité des services

En réponse aux 12 recommandations émises par la Commissaire aux plaintes pour améliorer l'accessibilité des services, 49 mesures ont été mises en place par l'établissement. On note, entre autres, l'ajout de ressources afin que les rendez-vous des tests prénataux soient donnés dans les délais prescrits, l'attribution d'une chambre privée aux patients en soins de fin de vie et l'ajout d'un message temporaire d'accueil en CLSC lors des jours fériés afin d'aviser la population des services qui sont fermés et ouverts.

Aspect financier

Afin de répondre aux 69 recommandations de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services en matière de facturation concernant différents services, l'établissement a mis en place 99 mesures, dont l'élaboration d'une procédure afin de mieux informer les non-résidents du Québec des coûts associés à leur séjour, aux soins et services offerts. L'information quant aux tarifs des stationnements et des frais des chambres en milieu hospitalier et en hébergement public est également mieux communiquée.

Droits particuliers

L'établissement a répondu aux 20 recommandations de la Commissaire aux plaintes quant aux droits des particuliers en mettant en œuvre 46 mesures. Parmi ces mesures, on compte des améliorations quant au choix de l'établissement, pour les demandes d'hébergement, en fonction de la localisation géographique, un rappel au personnel de déclarer tous les incidents et accidents a été fait, ainsi qu'un rappel (au personnel concerné par une plainte) de s'assurer que la famille soit contactée lors d'un incident ou accident avec conséquences. De plus, certaines équipes ont été informées de s'assurer de mettre un accent sur la participation de l'utilisateur ou de son représentant aux décisions affectant son état de santé et bien-être.

Organisation du milieu et ressources matérielles

Aux 27 recommandations émises par la Commissaire aux plaintes quant à l'organisation du milieu et des ressources matérielles, l'établissement a répondu par la mise en place de 113 mesures, dont l'appropriation et l'application de la politique sur la gestion des effets personnels des usagers, une plus grande présence des préposés pendant les périodes de repas et une solution permettant d'assurer une place assise à la clientèle orthopédique lorsqu'elle attend pour une consultation à la clinique spécialisée. L'établissement a également établi des mécanismes afin d'être proactif dans l'évaluation préalable des risques avant même l'admission en CHSLD d'un usager présentant un comportement perturbateur, d'errance invasive ou d'agressivité, afin d'élaborer un plan d'intervention dressant les stratégies à mettre en place avant l'arrivée du nouveau résident ou dès son arrivée.

Relations interpersonnelles

La Commissaire aux plaintes a formulé 10 recommandations en matière de relations interpersonnelles auxquelles l'établissement a répondu en mettant en œuvre 132 mesures parmi lesquelles on compte essentiellement des rappels, de la sensibilisation et des communications au personnel à propos d'attitude non verbale et de commentaires inappropriés, d'un manque d'écoute, d'un manque d'information, d'un manque de politesse.

Protecteur du citoyen

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

Liste des recommandations			Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Motifs	Actions/mesures recommandées	Recommandations	
Aspect financier Frais d'hébergement Placement Frais de chambre	Mesure corrective Ajustement financier	Réduire de moitié la facture des frais de chambre de l'usagère pour la période du 6 au 12 mars inclusivement et cela, dans les 30 jours de la réception des présentes conclusions. Échéancier : 9 février 2018	Une facture révisée a été produite pour l'usagère et une note de crédit a été émise par le service de la perception des comptes le 12 janvier 2018.
Aspect financier Frais d'hébergement Placement Frais de chambre	Mesure corrective Ajustement financier	R-1 Annuler la facture de 583.72 \$ émise le 23 novembre 2016. Échéancier : 27 octobre 2017	La facture a été annulée le 22 septembre et un état de compte a été envoyé à l'usagère ainsi qu'à sa compagnie d'assurance.
	Recommandation d'ordre systémique Communication/ promotion	R-2 Transmettre une note de service aux personnes concernées dans laquelle des directives sont données afin d'assurer que l'usagère qui sera admise à l'unité mère-enfant dispose de toutes les informations afin de pouvoir faire un choix de chambre éclairé. Échéancier : 27 octobre 2017	Une note de service ayant pour objet la transmission d'un aide-mémoire relatif au choix de chambre et les appels téléphoniques pour les préadmissions des mamans a été diffusée auprès des agentes administratives du service de l'accueil et admission le 8 août 2017.
Aspect financier Frais de déplacement Transport Frais de transport	À portée systémique/ Communication/ Promotion	R-1 S'assurer que les usagers détiennent les bonnes informations concernant l'offre de transport qui leur est faite de façon à pouvoir prendre une décision éclairée.	<ul style="list-style-type: none"> •Création d'outils d'aide à la décision pour choisir un transporteur d'usagers vers l'Hôpital Pierre-Boucher •Création d'un guide de prix pour le choix d'un transporteur

Liste des recommandations			Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Motifs	Actions/ mesures recommandées	Recommandations	
Soins et services dispensés Traitement Intervention Services (action faite)	Plan de services ou plan d'intervention Révision des besoins Mesures correctives Évaluation ou réévaluation	R-1 Procéder à la réévaluation des besoins de l'usagère et du proche aidant, déterminer les services requis en temps réel et, en collaboration étroite avec les auxiliaires et les employé(e)s du chèque-emploi service, établir avec l'usagère un plan d'intervention permettant de développer et de soutenir son autonomie dans un souci de compréhension, d'adhésion et de responsabilité partagée.	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluation à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire en collaboration avec l'usagère, son proche aidant, les ASSS et les employés du chèque emploi service (CES) • Complétion de la grille informatisée du CES et élaboration du plan d'intervention • Rencontre interdisciplinaire en lien avec le plan d'intervention interdisciplinaire • Présentation de la demande d'aide à domicile au Comité d'allocation de ressources (CAR) • Discussion et validation au CAR que la demande représente l'ensemble des besoins requis par l'usagère, en cohérence avec l'OÉMC et la grille de pointage CES en présence du chef d'administration de programme (CAP) • À la résidence de l'usagère, rencontre entre l'usagère et son représentant pour présentation du plan d'intervention

Liste des recommandations			Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Motifs	Actions/mesures recommandées	Recommandations	
Droits particuliers Participation de l'utilisateur ou de son représentant à l'élaboration de son PI/PSI	Mesures correctives Information Sensibilisation d'un intervenant	R-2 Offrir le soutien et la supervision nécessaires à l'intervenant pivot concerné afin de s'assurer qu'il maîtrise bien le rôle et les responsabilités qui lui sont dévolus, ainsi que les outils d'évaluation requis dans le cadre du programme de soutien à domicile.	<ul style="list-style-type: none"> • Révision, par l'intervenant pivot, de l'utilisation de la version informatisée de la grille de pointage de (CES) avec la spécialiste d'activité clinique (SAC) et validation par le CAP de la complétion de la version informatisée de la grille de pointage de l'utilisateur • Lecture et discussion avec le CAP des conclusions du présent dossier et des enjeux relevés dans le dossier • Relecture, par l'intervenant pivot, des passages de la Politique de soutien à domicile 2003 (Chez soi Premier Choix, du gouvernement du Québec) liés au présent rapport • Relecture du dossier et du plan d'intervention de l'utilisateur par le pivot en compagnie du CAP et de la SAC avant la présentation à cette dernière • Présentation du plan d'intervention à l'utilisateur et à son proche aidant par l'intervenant pivot en compagnie du CAP et de la directrice adjointe du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées - soutien à domicile et partenariat.

Liste des recommandations			Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Motifs	Actions/ mesures recommandées	Recommandations	
Soins et services dispensés Traitement intervention Services (action faite)	Plan de services ou plan d'intervention/ Révision Mesure corrective Élaboration/ Révision/ Application	R-1 Le Protecteur du citoyen recommande que les Centres intégrés de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est et de la Montérégie-Centre se concertent d'ici le 30 mars 2018, afin que l'un d'eux offre le suivi psychosocial en santé mentale de 2 ^e ligne requis avec une travailleuse sociale, et ce, dans les plus brefs délais.	Depuis janvier dernier, l'usagère participe à un programme de thérapie de groupe offert par les services de santé mentale de 2 ^e ligne du CISSS de la Montérégie-Centre et un suivi psychosocial sera offert par ce service le cas échéant.
Accessibilité Refus de services Soins Services programmes	Recommandation d'ordre systémique Protocole clinique ou administratif	R-2 Le Protecteur du citoyen recommande que les Centres intégrés de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est et de la Montérégie-Centre collaborent ensemble afin d'établir d'ici le 30 avril 2018 des mécanismes de concertation favorisant le continuum de services pour la clientèle en santé mentale adulte, particulièrement pour celle demeurant sur le territoire de Longueuil-Ouest.	<ul style="list-style-type: none"> • Formalisation des procédures de référence en provenance des urgences : Lorsque les clientèles consultent à notre urgence et qu'une demande de consultation est faite à la 2^e ligne (les psychiatres des deux CISSS s'entendent sur un suivi nécessaire en 2^e ligne), la demande ne sera plus systématiquement dirigée vers le guichet. • Mise en place d'un comité de cas litigieux pour tous les cas où la fluidité ne pourra pas être au rendez-vous. Ainsi, à partir des cas examinés par ce comité, il est fort probable que de nouvelles procédures viendront étoffer le tout. • Lors d'une rencontre le 20 mars dernier, les représentants des deux CISSS se sont entendus sur la nécessité de tenir des rencontres d'arrimage afin de suivre et d'assurer l'efficacité des mécanismes de concertation.

Liste des recommandations			Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Motifs	Actions/ mesures recommandées	Recommandations	
Aspect financier Frais d'hébergement Placement Frais de chambre	Recommandation d'ordre systémique Protocole clinique ou administratif	R-1 Se conformer, d'ici le 29 juin 2017, à la lettre de mars 2009 du sous-ministre et de facturer les séjours en UTRF à partir de la trente et unième (31 ^e) journée au tarif de 15 \$ par jour.	Une note de service émanant de la directrice de finance a précisé la tarification de 15 \$ par jour à partir de la 31 ^e journée.
	Mesure corrective Ajustement financier	R-2 Rembourser, d'ici le 29 juin 2017, la somme de 735 \$ au conjoint de madame.	Une facture révisée a été produite pour l'usagère et une note de crédit a été émise par le service de la perception des comptes le 16 juin 2017.
Droits particuliers Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte Confidentialité	Recommandation d'ordre systémique Formation/ Supervision	R-1 Le Protecteur du citoyen recommande que le CISSS de la Montérégie-Est effectue un rappel aux intervenants à l'effet que l'obtention du consentement de la personne visée par la divulgation de renseignements confidentiels doit être privilégiée lorsque les circonstances le permettent. Échéancier : 6 octobre 2017	Comme le Centre jeunesse valorise et fait la promotion du respect de la confidentialité, un rappel a de nouveau été fait aux intervenants sur l'importance d'obtenir le consentement de la personne visée par la divulgation de renseignements confidentiels lorsque les circonstances le permettent. Ce rappel a été fait par les chefs de services de la direction du programme jeunesse lors des réunions d'équipe.

Liste des recommandations			Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Motifs	Actions/mesures recommandées	Recommandations	
	Recommandation d'ordre systémique Adoption/ Révision/ Application de règles et procédures/ Politiques et règlements/ Élaboration, révision et application	R-2 Le Protecteur du citoyen recommande que le CISSS de la Montérégie-Est formalise, au moyen d'un document interne, les règles applicables au partage d'informations confidentielles entre membres d'une même famille et, particulièrement, en cas de séparation des parents. Échéancier : 6 octobre 2017	DIVERGEANT : À la fiche 11.1 du manuel de référence sur la protection de la jeunesse, il est écrit : « Le droit à la vie privée peut être limité par le droit à la protection d'un enfant... Lorsque deux droits fondamentaux entrent « en conflit » (droit à la vie privée contre droit à la protection d'un enfant), la solution repose sur la recherche d'un équilibre favorisant le plus possible l'atteinte de l'un et le respect de l'autre. Dans la recherche de cet équilibre, parfois difficile à atteindre, les lois sont les références. Par définition, les dispositions d'exception dérogent aux règles d'application générale. » Dans la situation analysée, les considérations cliniques ont prévalu telles que mentionnées dans le manuel de référence. Ce manuel est utilisé afin de guider et soutenir les intervenants dans leur pratique professionnelle.
	Recommandation d'ordre systémique Communication/ Promotion	R-3 Le Protecteur du citoyen recommande que le CISSS de la Montérégie-Est diffuse et présente ce document à l'ensemble des intervenants concernés. Échéancier : 6 octobre 2017	DIVERGEANT : Idem à la recommandation R-2. Par ailleurs, il existe un comité sur la confidentialité sous la responsabilité de la directrice adjointe des services professionnels – volet pratiques professionnels et mécanismes d'accès. Son mandat est de tenir un plan d'action à jour dans le but de promouvoir la confidentialité.

Coroner

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

Le CISSS de la Montérégie-Est a reçu un rapport d'enquête du coroner au cours de la dernière année. L'avis du coroner a fait l'objet d'une recommandation voulant que la Direction des services professionnels de l'Hôpital Pierre-Boucher du CISSS de la Montérégie-Est revoie le dossier traité au niveau de la radiologie de même que de la chirurgie.

L'établissement a donc pris les mesures suivantes :

- Dans un but didactique et de contrôle de qualité, le dossier a été transmis aux chefs du département de chirurgie et d'imagerie médicale pour une demande de révision;
- L'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a aussi été informé;
- Un rapport de révision a été rédigé par le chef du département de chirurgie et a été transmis à l'exécutif du CMDP.

Autres instances

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

Visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie

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

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

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

(CHSLD) L'établissement n'a reçu aucune visite ministérielle au cours de la dernière année. Toutefois, dans les installations suivantes, 100 % des actions requises à la suite des recommandations formulées ont été complétées cette année :

- Centre d'hébergement De Lajemmerais, visite du 12 octobre 2016
- Centre d'hébergement Jeanne-Crevier, visite du 14 juillet 2016

Visites d'inspection professionnelle

Visite d'inspection professionnelle de l'exercice infirmier au Centre d'hébergement De Lajemmerais – juillet 2017

Le Centre d'hébergement De Lajemmerais à Varennes dénombre 124 personnes hébergées sur trois unités de soins.

Du 27 au 31 mars 2017, une visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) s'est déroulée au Centre d'hébergement De Lajemmerais.

À la lumière des constats déposés au comité d'inspection professionnelle, nous avons reçu, le 27 juillet 2017, le rapport d'inspection ainsi qu'un plan d'amélioration contenant 14 recommandations. Nous avons déterminé des actions précises pour répondre à chacune des recommandations.

À ce jour, près de 60 % des actions prévues au plan sont réalisées. Un bilan final est prévu en octobre 2018 et il sera acheminé à l'OIIQ pour approbation.

Visite d'inspection professionnelle de l'exercice infirmier en Services jeunesse - janvier 2016

À la suite de la visite d'inspection professionnelle de l'OIIQ du 25 janvier 2016, un plan d'amélioration a été réalisé du 27 septembre 2016 au 27 octobre 2017. Le bilan de ce plan d'amélioration a été reçu favorablement à la grande satisfaction de l'OIIQ en novembre 2017. C'est avec enthousiasme que nous poursuivons notre démarche d'amélioration continue de l'exercice infirmier.

Visite de surveillance générale de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) dans les centres d'hébergement du territoire Richelieu-Yamaska – novembre 2017

Dans le cadre du calendrier annuel des visites de surveillance générales 2017-2018, l'OIIAQ a effectué une visite des centres d'hébergement du territoire de Richelieu-Yamaska du 14 au 17 novembre 2017.

Les installations visitées sont :

- Centre d'hébergement Andrée-Perrault à Saint-Hyacinthe
- Centre d'hébergement Marguerite-Adam à Beloeil
- Centre d'hébergement de la MRC-d'Acton
- Centre d'hébergement de Montarville à Saint-Bruno-de-Montarville
- Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe

Nombre d'infirmières et infirmiers auxiliaires inspectés : 76

Un plan d'amélioration de la qualité est en cours d'exécution en lien avec les champs de compétences inspectés :

Professionnelles :

- A. Contribuer à l'évaluation de l'état de santé de la personne
- B. Contribuer à la réalisation du plan de soins
- C. Informer, promouvoir la santé et prévenir la maladie
- D. Consigner les informations et les observations

Personnelles :

- E. Démontrer des habiletés de communication
- F. Démontrer des compétences personnelles

Ce plan s'échelonne sur une période d'un an et le bilan est prévu en février 2019.

Visite de surveillance générale de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec

Dans le cadre du programme de surveillance générale de l'exercice de la profession, l'inspection professionnelle de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec a procédé à l'évaluation des secteurs d'activités de la radiographie générale et radioscopie, à l'Hôtel-Dieu de Sorel, en janvier 2018.

Les secteurs visités de l'imagerie médicale sont les suivants : radiodiagnostic, échographie et tomographie.

Les recommandations et commentaires concernent 11 rubriques : engagement professionnel, ordonnance, communication, système d'enregistrement des données et des images, systèmes de traitement d'archivage et de transmission des données et des images, éléments techniques, préparation et administration de substances et médicaments, amélioration et contrôle de la qualité, droits et sécurité, radioprotection et gestion des produits dangereux.

Pourcentage de conformité pour les trois secteurs :

- Radiodiagnostic : 83 %
- Échographie médicale diagnostique : 90 %
- Tomodensitométrie : 69 %

L'établissement s'engage à mettre en place les mesures demandées et à déposer un plan d'amélioration dans le respect de l'échéancier (août 2018). En avril 2018, 77 % des recommandations formulées étaient réalisées.

Visite de surveillance générale de l'Ordre professionnel des technologues médicaux du Québec (OPTMQ)

Dans le cadre du programme de surveillance générale de l'exercice de la profession, l'inspection professionnelle de l'OPTMQ a procédé à l'évaluation du centre de prélèvement du laboratoire de l'Hôpital Honoré-Mercier et du centre de prélèvements du CLSC des Maskoutains, en février 2017.

Les sept recommandations émises étaient mineures et l'inspectrice de l'Ordre a dit au sujet du centre de prélèvement du CLSC des Maskoutains que le travail y était exemplaire et qu'elle le considérait comme un modèle.

Les suivis d'amélioration étaient tous réalisés en août 2017 à la satisfaction de l'Ordre.

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

Au cours de l'année 2017-2018, les mises sous garde du CISSS de la Montérégie-Est se dénombrent comme suit :

Établissement/installation	Hôpital Pierre-Boucher	Hôpital Honoré-Mercier	Hôtel-Dieu de Sorel	Total pour l'établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	400	256	124	780
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	361	231	121	713
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	24	19	()	43
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	24	19	()	43
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	24	19	()	43
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	94	117	33	244
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	91	114	30	235
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	73	109	22	204
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auxquels il a été soumis)	376	236	121	733

() : nombre trop petit pour en permettre la publication

L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

L'information et la consultation de la population

Près de 1 600 personnes ont répondu, au cours de l'année 2017-2018, à différents sondages pour mesurer leur niveau de satisfaction au regard de la qualité des soins et des services, tant en milieu hospitalier, en CLSC, qu'en centre d'hébergement au sein du CISSS de la Montérégie-Est :

Hôpitaux

- Centre mère-enfant de Sorel-Tracy
- Centre mère-enfant de Richelieu-Yamaska
- Échographie – Hôpital Pierre-Boucher

CHSLD

- Centre d'hébergement René-Lévesque
- Évaluation pour les admissions en centre d'hébergement – RLS Pierre-Boucher
- Appréciation de la démarche pour le plan d'intervention des résidents – RLS

Pierre-Boucher

- Évaluation pour les admissions en centre d'hébergement - RLS Richelieu-Yamaska
- Sondage sur la culture de sécurité – Unité Du Palais du Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe
- Sondage sur le processus de déclaration des événements indésirables – Unité Du Palais du Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe

Jeunesse

- Sondage sur la Politique pour des environnements sans fumée - secteur jeunesse

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.



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.

Quelques personnes se sont prévaluées de cette nouvelle offre de soins. Le tableau suivant présente les données couvrant la période du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017.

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	4 184
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	54
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	128
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	93
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs*	40

*Motifs : 3 patients ont changé d'idée; 8 patients sont inaptes ou deviennent inaptes à consentir aux soins; 11 patients non admissibles; 10 usagés décédés avant et 8 demandes en processus d'évaluation.

N. B. Les données contenues dans les rapports semestriels sur la Politique portant sur les soins de fin de vie, couvrant la période du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017 et du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017, sont disponibles sur le site Internet de l'établissement.



Les ressources humaines

La gestion et le contrôle des effectifs

L'établissement avait pour l'année 2017-2018, une cible de 17 787 664 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 18 568 144, il y a donc un surplus de 780 480 heures par rapport à l'année de référence 2014-2015 (voir tableau à la page suivante).

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

L'augmentation des heures d'assurance-salaire, d'assignations temporaires, d'orientation et de formation a eu un impact important sur les heures rémunérées. Les développements dans les secteurs de soins à domicile, groupes de médecine de famille, CRDS, dialyse et endoscopie ainsi que l'augmentation du taux d'occupation à l'Hôpital Pierre-Boucher et l'Hôpital Honoré-Mercier expliquent une grande partie de l'écart observé entre la cible et le nombre d'heures rémunérées. L'ajout de ressources humaines qui étaient antérieurement comblées par des fournisseurs (avocats, main-d'œuvre indépendante et centrale de transport) a entraîné un ajout d'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				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
Personnel d'encadrement	2014-15	939 061	1 890	940 951	518	598
	2015-16	839 434	1 549	840 983	463	548
	2016-17	789 704	2 095	791 799	435	516
	2017-18	741 280	2 533	743 814	408	474
	Variation	(21,1 %)	34,0 %	(21,0 %)	(21,2 %)	(20,7 %)
Personnel professionnel	2014-15	2 359 633	11 194	2 370 827	1 311	1 680
	2015-16	2 420 402	6 879	2 427 281	1 344	1 710
	2016-17	2 447 556	10 089	2 457 645	1 360	1 718
	2017-18	2 547 766	11 879	2 559 645	1 415	1 829
	Variation	8,0 %	6,1 %	8,0 %	8,0 %	8,9 %
Personnel infirmier	2014-15	4 522 482	165 107	4 687 589	2 432	3 355
	2015-16	4 598 991	156 141	4 755 132	2 474	3 389
	2016-17	4 739 033	183 810	4 922 843	2 542	3 506
	2017-18	4 944 555	242 222	5 186 777	2 650	3 658
	Variation	9,3 %	46,7 %	10,6 %	9,0 %	9,0 %
Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	7 900 808	175 812	8 076 620	4 333	6 169
	2015-16	7 797 272	138 750	7 936 022	4 275	6 055
	2016-17	7 886 844	196 921	8 083 765	4 326	6 208
	2017-18	7 883 525	242 184	8 125 709	4 324	6 398
	Variation	(0,2 %)	37,8 %	0,6 %	(0,2 %)	3,7 %
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 789 982	29 842	1 819 825	913	1 351
	2015-16	1 787 783	20 897	1 808 680	911	1 337
	2016-17	1 810 180	24 649	1 834 830	923	1 348
	2017-18	1 866 769	33 675	1 900 443	952	1 422
	Variation	4,3 %	12,8 %	4,4 %	4,3 %	5,3 %
Étudiants et stagiaires	2014-15	44 322	128	44 450	24	162
	2015-16	40 388	66	40 455	22	145
	2016-17	41 402	98	41 500	23	143
	2017-18	51 363	393	51 756	28	188
	Variation	(15,9 %)	(207,9 %)	(16,4 %)	15,2 %	16,0 %
Total du personnel	2014-15	17 556 288	383 973	17 940 261	9 531	12 891
	2015-16	17 484 270	324 282	17 808 552	9 490	12 786
	2016-17	17 714 719	417 663	18 132 382	9 609	13 007
	2017-18	18 035 258	532 886	18 568 144	9 778	13 483
	Variation	2,7 %	38,8 %	3,5 %	2,6 %	4,6 %

Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Répartition des charges brutes par programmes

Programmes	Exercices courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programme services				
Santé publique	11 571 744 \$	1 %	11 460 497 \$	1 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	33 823 832 \$	4 %	30 954 156 \$	3 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	197 807 198 \$	21 %	183 115 717 \$	20 %
Déficiences physique	15 375 443 \$	2 %	13 071 443 \$	2 %
Déficiences intellectuelle et TSA	4 850 434 \$	1 %	4 197 651 \$	1 %
Jeunes en difficulté	145 514 189 \$	15 %	135 912 861 \$	15 %
Santé mentale	52 427 982 \$	5 %	50 890 540 \$	5 %
Santé physique	289 247 640 \$	30 %	303 719 587 \$	32 %
Programmes soutien				
Administration	61 892 038 \$	6 %	56 267 881 \$	6 %
Soutien aux services	78 050 077 \$	8 %	73 856 393 \$	8 %
Gestion des bâtiments et des équipements	68 202 694 \$	7 %	66 005 321 \$	7 %
Total	958 763 271 \$	100 %	929 452 047 \$	100 %

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 déficit consolidé de 11,9 M\$ (fonds d'exploitation 10,3 M\$ et fonds d'immobilisations 1,6 M\$).

L'établissement a augmenté de façon importante l'accessibilité aux services notamment en soutien à domicile, en jeunesse, en déficiences physique et intellectuelle, en imagerie médicale et en santé mentale en fonction des annonces ministérielles, et ce, afin de réduire les listes d'attente ainsi que de capter la croissance des besoins en santé de la population vieillissante. Les impacts d'une telle croissance sur les équipes en place, en plus de la pénurie de personnel, ont augmenté les coûts en assurance-salaire et en heures supplémentaires. Par ailleurs, la croissance des coûts des médicaments oncologiques a eu un impact important sur la situation financière.

L'établissement a mis en place les mesures requises afin de soutenir le développement dans tous les secteurs de l'organisation et a tenté de contenir les coûts à l'intérieur des enveloppes initialement annoncées. Des changements dans la méthode de financement survenus après la fermeture des livres n'ont pas permis de résorber ce déficit.

Les contrats de services

CONTRATS DE SERVICES, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2017 ET LE 31 MARS 2018

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	13	811 588 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	139	34 926 850 \$
Total des contrats de services	152	35 738 438 \$

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

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011-2012	R	Aucune car directive du MSSS			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'unité de mesure "les heures de formation" pour le centre d'activités 5950 - Formation donnée par le personnel infirmier n'est pas compilée par le CISSSME, ce qui n'est pas conforme au MGF.	2016-2017	C	L'unité de mesure "les heures de formation" pour le centre d'activité 5950 - Formation donnée par le personnel infirmier est compilée.	X		
L'unité de mesure "l'unité technique provinciale" pour le centre d'activités 6751 - Hémodynamie n'est pas compilée adéquatement en raison d'un paramètre de pondération erroné dans le logiciel utilisé pour la compilation.	2016-2017	C	Les corrections ont été apportées pour permettre la compilation adéquate de l'unité de mesure "l'unité technique provinciale" pour le centre d'activités 6751 - Hémodynamie.	X		
L'unité de mesure "l'usager" pour le centre d'activités 7062 - Accompagnement des usagers atteints de cancer par l'IPO n'a pas pu être validée en raison de l'impossibilité pour le CISSSME de fournir les documents supports nécessaires.	2016-2017	C	Les corrections ont été apportées pour permettre la validation de l'unité de mesure "l'usager" pour le centre d'activités 7062 - Accompagnement des usagers atteints de cancer par l'IPO.	X		

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CISSS de la Montérégie-Est	1104-5309	140-00 /
exercice terminé le 31 mars 2018		

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)						
L'établissement présente un déficit au 31 mars 2017. Par conséquent, l'établissement déroge à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux.	2016-2017	C	Le déficit au 31 mars 2017 s'explique par le déficit au fonds d'immobilisations. Le fonds d'exploitation s'est terminé par un surplus de 744 843\$.			X
Rapport à la gouvernance						
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2010-2011	O	La DRIM est en cours d'uniformisation du processus de gestion des demandes d'accès. La formalisation de l'approbation, l'octroi des privilèges ainsi que la séparation des tâches font partie de cette uniformisation. La DRIM proposera un cadre de fonctionnement en respect des normes et bonnes pratiques.			X

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

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

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

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

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

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

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

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

AVIS SIGNÉ

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur
.....
.....
.....

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

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

.....

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

- Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'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

FAITS SAILLANTS

Bas de vignettes des photos (Les personnes nommées sur certaines photos sont présentées de gauche à droite.)

PHOTO EN PAGE 27

1 MISE SUR PIED DE L'UNITÉ D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

Frédéric Roy, coordonnateur secteur Est - hébergement; Nicole Brault, usagère et Audrey-Ann Jacques, infirmière

PHOTO EN PAGE 28

2 MISE EN OPÉRATION DES CHARIOTS ALIMENTAIRES DE MAINTIEN EN TEMPÉRATURE

Madame Lise Beauchemin, résidente depuis 2 ans et demi

PHOTO EN PAGE 29

3 DÉMARRAGE D'UN PROCESSUS D'EXPÉRIENCE CLIENT AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE JEUNESSE HÉBERGÉE

Un intervenant qui discute avec un jeune du Campus de Valleyfield

PHOTO EN PAGE 30

4 EXPERTISE EN MATIÈRE D'EXPLOITATION SEXUELLE

Patrick Lagacé, animateur et Pascale Philibert, conseillère à l'équipe Mobilis du CISSS de la Montérégie-Est

PHOTO EN PAGE 30

5 POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME ALLIANCE EN SANTÉ MENTALE

Youcef Ouadahi, agent de planification, programmation et recherche, Direction des programmes santé mentale et dépendances; D^r David Robitaille, psychiatre et chef médical des cliniques spécialisées en santé mentale; Lise Renaud-Gagnon, conseillère - volet 1^{re} ligne, Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM); D^r Richard Desmarais, omnipraticien

PHOTO EN PAGE 31

6 CRÉATION DU CENTRE AXIS

D^{re} Anne-Isabelle Dionne; Marie-Pier Perron, infirmière; Robert Simard, patient et Mona Essoualeh, adjointe administrative

PHOTO EN PAGE 32

7 PROJET DE CONSTRUCTION : SALLES D'URGENCE

Louise Potvin, présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est; D^r Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux et D^{re} Johanne Morin

PHOTO EN PAGE 34

8 LANCEMENT DE LA SEMAINE DE LA RECONNAISSANCE

Équipe d'hygiène et salubrité

PHOTO EN PAGE 37

- 9 — **RECRUTEMENT 3.0**
Des médecins du CISSS lors de la Journée carrière Québec

PHOTO EN PAGE 37

- 10 — **PROJET-PILOTE SUR LES CHUTES EN MILIEU D'HÉBERGEMENT**
Équipe de l'unité du Palais

PHOTO EN PAGE 38

- 11 — **HARMONISATION DE L'OFFRE DE SERVICE DANS LES CAFÉTÉRIAS**
Christiane Salois et Isabelle Sheridan

PHOTO EN PAGE 38

- 12 — **APPLICATION DE LA LOI 113**
Représentantes du MSSS; l'équipe centralisée info adoption; Josée Morneau, directrice de la protection de la jeunesse ainsi que Catherine Lemay, présidente-directrice générale adjointe du CISSS de la Montérégie-Est

PHOTO EN PAGE 41

- 13 — **ADOPTION DE LA POLITIQUE POUR DES ENVIRONNEMENTS SANS FUMÉE**
Au Campus de Valleyfield, les jeunes participent à des entraînements préparatoires à la course à laquelle ils prendront tous part. Une belle façon d'occuper ses temps libres!

PHOTO EN PAGE 41

- 14 — **MISE EN PLACE D'UN SERVICE DE TRANSPORT MÉDICAL ADAPTÉ POUR LES USAGERS**
Stéphane Gosselin, Joël Chaume, Annick Giguère, Jean-François Morin et Steve Champagne

PHOTO EN PAGE 43

- 15 — **OUVERTURE DE DEUX SALLES D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE**
Nouvelle salle d'endoscopie digestive de l'Hôpital Pierre-Boucher

PHOTO EN PAGE 45

- 16 — **MISE EN PLACE D'UNE ÉQUIPE DE MÉDECINS EXPERTS À L'INTERNE**
Équipe de Gestion et promotion de la santé et sécurité au travail

PHOTO EN PAGE 45

- 17 — **RÉDUCTION DES DÉLAIS D'ATTENTE À LA CLINIQUE DE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE (CDPE)**
Catherine Quessy, orthophoniste; Marie-Ève Jourdain, orthophoniste; Annie Bouvier, ergothérapeute; Annie Delisle, chef d'administration des programmes DI-TSA 0-100 ans et DP 0-17 ans; Patricia Pérez, orthophoniste et coordonnatrice professionnelle et Émilie Naud, orthophoniste

RECONNAISSANCE

PHOTO EN PAGE 46

- 18** — **D^R GILLES BRIEN REÇOIT LA MÉDAILLE DU LIEUTENANT-GOUVERNEUR DU QUÉBEC**
Claude Corbeil, maire de Saint-Hyacinthe; Suzanne Lépine, épouse de M. Corbeil; l'honorable J. Michel Doyon, Lieutenant-gouverneur; D^r Gilles Brien, récipiendaire; Naïma Goulamhousen, petite-fille du D^rBrien; Céline Girard, épouse du D^r Brien et Isabelle Brien, fille du D^r Brien

PHOTO EN PAGE 46

- 19** — **CLAUDE SURPRENANT, TECHNICIEN EN LOISIRS, REMPORTE LES HONNEURS**
Monsieur Claude Surprenant, technicien en loisirs, madame Marianne Ruest, déléguée de la Montérégie et vice présidente de la Fédération et madame Louise Poirier, présidente de la Fédération

PHOTO EN PAGE 46

- 20** — **PRIX HONORIFIQUE DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE EN RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX**
À l'arrière : Brian Downes, Sylvie Paradis (gestionnaire), Manon Vincent, Diane Henri Judith Lahaie et Chantal Archambault; à l'avant : Manon Camiré, Celia Raymond Baptiste, Jean-Philippe Parent et Suzie Lamothe (chef d'équipe). Absents : Claude Petit, Mélanie Dubuc, Eric Peterson, Rquia ElHamdaoui, Karine Chamberland et Brigitte Laramée

PHOTO EN PAGE 47

- 21** — **ALINE VINCENT REMPORTE LE PRIX D'AUXILIAIRE FAMILIALE POUR LA MONTÉRÉGIE**
Sophie Boulva, directrice adjointe de programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, soutien à domicile et partenariat; Aline Vincent, récipiendaire du prix et auxiliaire familiale au CLSC Gaston-Bélanger et Julie Brisson, ASSS et représentante régionale de la Montérégie

PHOTO EN PAGE 47

- 22** — **CRISTELLE CHOQUETTE REÇOIT LE PRIX ÉTOILE FILANTE**
D^{re} Sonia Péloquin, fondatrice et directrice médicale de l'Etoile (pédiatrie sociale en communauté du Haut Richelieu); Cristelle Choquette, agente de relations humaines pour les services jeunesse et Erik Christensen, directeur de l'Etoile

PHOTO EN PAGE 47

- 23** — **PRIX PANORAMIX - RAYONNEMENT 2018, LA SERPE D'OR POUR LES DOCTEURS DORAY**
Louise Potvin, présidente-directrice générale, D^r Jean-Pierre Doray et D^r Jean-Luc Doray

PHOTO EN PAGE 48

- 24** — **FORMATION ET SOUTIEN POUR LE DÉPLACEMENT SÉCURITAIRE DES BÉNÉFICIAIRES**
Sylvain Boisvert, chef de service - Gestion et promotion de la santé et sécurité au travail; André Laverdière, agent de gestion du personnel; Guylaine Fournier, chef d'unité du Marché au Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe, Sylvie Bernier, infirmière, monitrice PDSB et Louise Gileau, représentante syndicale CSN et retraitée depuis juin 2017

PHOTO EN PAGE 48

- 25** — **TABLE D'AUTOPSIE AJUSTABLE EN HAUTEUR ET EN LARGEUR, À L'HÔPITAL PIERRE-BOUCHER**
André Laverdière, agent de prévention au service de santé sécurité au travail; Yan-Yves Pelletier, assistant-chef technologiste de laboratoire et Sylvain Boisvert, chef de service - gestion et promotion de la santé et sécurité au travail

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

Québec 

On *est* là pour vous