



Rapport annuel
de gestion 2015-2016

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

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

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

www.santemo.quebec

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

ISBN : 978-2-550-75738-2 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-75739-9 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

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

Table des matières

Préface

Mot du président du conseil d'administration et du président-directeur général	6
Déclaration de fiabilité des données	8
Équipe de soutien à la transformation - Bilan 2015-2016	9
Liste des sigles et des acronymes.....	11

Présentation du CISSSMO

1.1 Mission, vision, ambitions et valeurs	14
1.2 Structure de l'organisation au 31 mars 2016	16
1.3 Comité de direction.....	18
1.4 Profil des ressources humaines	19
1.5 Gestion et contrôle des effectifs	20
1.6 Carte du territoire du CISSSMO	21

Activités de l'établissement

Les services

2.1 Services offerts.....	23
---------------------------	----

Les résultats

2.2 Faits saillants du CISSSMO	25
2.3 Entente de gestion et d'imputabilité.....	31
2.4 Examen des plaintes et promotion des droits des usagers	44
2.5 Modes d'information et de consultation de la population.....	45

La sécurité des soins et des services

2.6 Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	46
2.7 Application des mesures de contrôle.....	47
2.8 Déclaration d'incidents ou d'accidents	51
2.9 Recommandations du coroner	52
2.10 Service de prévention et contrôle des infections	53
2.11 Nombre de mises sous garde	54
2.12 Application de la politique sur les soins de fin de vie	55

Table des matières - suite

États financiers résumés

3.1	Rapport de la direction sur les états financiers	57
3.2	Rapport de l'auditeur indépendant	58
3.3	Résultats financiers	60
3.4	Fondations du CISSSMO	73
3.5	Équilibre budgétaire.....	74
3.6	Contrats de service.....	75
3.7	État du suivi des réserves	76

Gouvernance - Conseils et comités de l'établissement

4.1	Conseil d'administration	82
4.2	Comité de vigilance et de la qualité.....	96
4.3	Comité de gestion des risques	97

Annexes

5.1	Code d'éthique et de déontologie applicable aux membre du conseil d'administration	99
-----	---	----



Préface

Mot du président du conseil d'administration et du président-directeur général



Claude Jolin
Président
du conseil d'administration

Le réseau de la santé et des services sociaux est entré dans une nouvelle ère en 2015-2016, à la suite de l'adoption, le 1^{er} avril 2015, 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, créant par le fait même le grand établissement que nous connaissons aujourd'hui, le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO). C'est donc sous le thème de la création que s'est amorcée cette année de défis, de changements, mais surtout, de grandes réalisations considérant l'ampleur des travaux à concrétiser pour bâtir une organisation regroupant neuf composantes, près de 8 800 employés et 430 médecins, répartis au sein de 132 installations. Nous sommes fiers de vous présenter ce premier rapport annuel de gestion qui résume le fruit de nos efforts, qui ont permis, tous ensemble, de bâtir le devenir de notre organisation.

Précisément, la réorganisation du CISSSMO s'est scindée en deux grands moments : au printemps et à l'été, il y a eu l'adoption de la structure organisationnelle et de la structure d'encadrement, la nomination des cadres supérieurs et la formation du comité de direction, alors que l'automne s'est poursuivi avec le recrutement des postes d'encadrement administratif, le transfert des équipes vers les nouvelles entités, puis la dotation des postes d'encadrement clinique ainsi que le début des négociations entourant le transfert de ses équipes. De plus, afin de favoriser l'harmonisation des pratiques et de créer une synergie sur le plan médical, une nouvelle structure départementale médicale a été élaborée.



Yves Masse
Président-directeur
général

Sur une autre note, depuis le 30 septembre 2015, la majorité des membres du conseil d'administration (CA) ont été nommés. À partir de cette date, le CA a été très actif en adoptant des règlements et des politiques entourant la régie interne du CISSSMO. Le CA s'est également doté de plusieurs comités : vigilance et qualité, gouvernance et éthique, révision, vérification, ressources humaines, immobilisation et environnement, soins et services à la clientèle et gestion des risques.

De plus, le comité des usagers du centre intégré (CUCI) a été créé alors qu'il y a eu poursuite des activités de proximité des comités des usagers des anciennes composantes. Les différents exécutifs des conseils professionnels se sont également mis sur pied. Durant l'année, le processus d'élection a été complété pour les exécutifs permanents du conseil multidisciplinaire (CM) et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) alors que celui du conseil des infirmières et infirmiers (CII) est sur le point d'être complété.

Une gouverne qui se définit

En raison d'importants changements vécus au sein des équipes et afin d'accompagner, de soutenir et d'outiller tous les acteurs dans la mise en place du CISSSMO, en novembre 2015, le comité de direction donnait le feu vert à l'équipe de soutien à la transformation pour qu'elle débute ses travaux.

L'équilibre budgétaire

C'est avec fierté que nous annonçons que le CISSSMO a atteint l'équilibre budgétaire. En effet, au cours de l'exercice financier 2015-2016, l'établissement a dégagé un léger surplus opérationnel de 6 217 \$.

Quelques faits saillants de l'année

Dans le but de bien orienter nos décisions organisationnelles, la Direction générale, en collaboration étroite avec l'ensemble du comité de direction, s'est dotée de grands objectifs organisationnels, regroupés en six axes prioritaires : accessibilité et services, qualité et sécurité, ressources humaines, performance clinique et administrative, innovation et transformation de l'organisation.

Mot du président du conseil d'administration et du président-directeur général - suite

Parmi les autres dossiers prioritaires en 2015-2016, le comité de direction, en collaboration avec plusieurs instances du CISSSMO, a contribué activement à la réflexion stratégique ayant conduit à l'adoption de la mission, de la vision, ainsi que des ambitions et des valeurs organisationnelles. Cette importante démarche nous sert désormais de guide et de repères dans le contexte de la création du CISSSMO. Vous en apprendrez d'ailleurs davantage sur ce sujet au sein de ce présent document. Ceci a donné le coup d'envoi aux activités organisationnelles pour favoriser la reconnaissance du personnel, des médecins et des bénévoles.

Consciente des enjeux et des défis de communication à relever en raison des grands changements que connaît l'organisation, la Direction générale a comme souci d'être à l'écoute et d'informer le plus rapidement possible les médecins et les employés des prochaines étapes à venir, afin de bâtir ensemble cette nouvelle entité. C'est pourquoi il était prioritaire de mettre sur pied, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, des canaux de communication officiels permettant d'assurer une bonne circulation de l'information au sein du CISSSMO et à l'externe. C'est dans ce contexte, qu'entres autres, espaceCISSSMO.com, véritable carrefour d'informations et Zoom sur le CA, feuillet virtuel résumant les séances tenues du conseil d'administration, ont été développés.

La qualité et la sécurité : au cœur de nos préoccupations

Pour la Direction générale et le conseil d'administration, la qualité et la sécurité des soins et des services demeurent une priorité et aucun effort ne doit être ménagé pour assurer un haut niveau d'excellence dans chacune de nos installations. À cet effet, nous sommes fiers du travail accompli au sein des équipes, car les certifications d'agrément de toutes les composantes ont été maintenues et les initiatives d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services se sont poursuivies.

Il s'agit ici de quelques-unes des réalisations de l'année 2015-2016 puisqu'il faut également ajouter à cette énumération tous les petits et grands projets menés dans les nouvelles directions qui ont contribué à créer une synergie et une mobilisation importante au sein de l'organisation. Vous aurez la chance d'en apprendre plus dans la section des faits saillants, un peu plus loin dans le rapport annuel de gestion.

Toujours plus grâce à vous !

Au terme de cette première année qui visait d'abord à convenir de la gouverne de l'organisation, nous pouvons dire sans hésitation : mission accomplie ! C'est sur une note positive que l'on dresse ce bilan de la dernière année et nous sommes fiers du chemin parcouru. Cette réussite n'aurait pu s'effectuer sans l'apport important du personnel, des gestionnaires, des médecins et des bénévoles, qui ont fait preuve d'une grande ouverture et d'un professionnalisme indéniable. À toute l'équipe de direction, chapeau ! Votre engagement témoigne de votre bienveillance envers notre population pour laquelle vous avez su, malgré cette période de transition, maintenir et améliorer l'offre de soins et de service. Un merci particulier aux usagers et à leurs proches pour la confiance qu'ils nous témoignent ainsi qu'aux partenaires, des alliés importants qui nous permettent de répondre aux nombreux besoins de nos clientèles diverses.

Enfin, nous tenons à remercier les membres du conseil d'administration. Leur expertise diversifiée, leur engagement et leur rigueur contribuent à la poursuite des nombreux enjeux et défis qui nous attendent dans les prochaines années au regard de cette transformation majeure dont l'objectif principal est de répondre aux besoins de notre population, qui a droit à des services de santé accessibles et de qualité.

Le président du conseil d'administration,



Claude Jolin

Le président-directeur général,



Yves Masse

Déclaration de fiabilité des données

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- 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 2016.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Y. Masse', with a horizontal line extending to the right.

Yves Masse

Équipe de soutien à la transformation - Bilan 2015-2016

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS) vise à améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et à accroître l'efficacité et l'efficacités du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

L'adoption de la LMRSSS amène de profonds changements au sein du réseau de la santé alors que neuf anciennes composantes se regroupent afin de former le CISSMO. Cette nouvelle entité entraîne une refonte en profondeur des structures et des façons de faire de l'ensemble des acteurs de l'organisation. Les changements qui en ont suivi sont nombreux et sont implantés dans de courts délais. En novembre 2015, le comité de direction a adopté la charte de projet définissant les mandats, les livrables ainsi que les grandes orientations de l'équipe de soutien à la transformation donnant alors le coup d'envoi pour le début des travaux. Dans ce contexte, le CISSMO a mis en place l'équipe de soutien à la transformation qui se veut une entité temporaire, dont le mandat s'échelonne sur deux ans. Sous la responsabilité de la présidente-directrice générale adjointe, cette équipe voit à faciliter la transformation organisationnelle et à assurer le suivi des résultats attendus.

Un rôle catalyseur

Les activités de l'équipe s'actualisent dans un partage étroit des rôles et des responsabilités, en collaboration étroite avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique et la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. Elle agit comme catalyseur et agent intégrateur visant à soutenir l'apport spécifique de chacun dans l'actualisation de la Loi. L'équipe accompagne et outille les directions afin de mobiliser, au bon moment et de façon cohérente, les forces vives de l'organisation.

Tous vers l'avant

Il s'agit donc pour l'équipe de soutien à la transformation de créer une dynamique qui entraînera un mouvement vers l'avant et qui permettra de surmonter les inerties de nature culturelle, politique et psychologique qui, inmanquablement, ramèneront toujours les individus et l'organisation, vers le confort de ce qui était connu.

En fait, il faut savoir qu'une transformation concerne davantage le « processus que le contenu et une transformation « s'accompagne », plus qu'elle ne se conduit.

La **transformation** réfère à un changement organisationnel global qui :

- s'appuie sur la définition de notre nouvelle vision et de nos valeurs comme CISSS;
- s'accompagne d'un plan de gestion du changement (volet humain);
- engage le travail d'harmonisation des pratiques et des processus organisationnels, ayant le plus d'impact sur les services à la clientèle.

L'**équipe** de soutien à la transformation est composée de :

- **Céline Rouleau**, présidente-directrice générale adjointe et promoteur du projet;
- **Stéphane Dubuc**, directeur des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire et directeur responsable de l'équipe;
- **Patrick Dubois**, conseiller cadre en gestion de portefeuille de projets et chargé de projet de l'équipe de soutien à la transformation;
- **Marie-Ève Bernard**, conseillère en développement organisationnel et des personnes et responsable du volet gestion du changement;
- **Geneviève Boileau**, chef du Service des communications internes et externes et coresponsable du volet des communications;
- **Mélissa Lachance**, agente d'information et coresponsable du volet des communications.



Mélissa Lachance, Patrick Dubois, Céline Rouleau, Stéphane Dubuc et Marie-Ève Bernard. Absente sur la photo : Geneviève Boileau

Équipe de soutien à la transformation - Bilan 2015-2016 - suite

Le **mandat** de l'équipe de soutien à la transformation est :

- d'assurer la mise en place de tous les éléments nécessaires permettant l'intégration des anciens établissements au sein de la nouvelle entité, et ce, tant au niveau des processus administratifs que cliniques;
- d'engager le travail de transformation des pratiques et des processus, tant sur le plan administratif que clinique, en s'assurant de le faire dans une perspective de viabilité et d'adéquation à moyen et long termes;
- de gérer les risques inhérents à la transformation en s'assurant du maintien des services offerts à la population;
- d'assurer le suivi de l'évolution de la transformation et de l'évaluation de celle-ci;
- d'identifier et de prioriser les projets à portée transversale, comportant le plus de valeur ajoutée tangible en fonction des objectifs de la Loi et permettant l'autofinancement de l'équipe.

Les **activités** de transformation sont structurées selon quatre dimensions :

- gouvernance et structure organisationnelle;
- harmonisation des processus et des pratiques cliniques et administratives;
- accompagnement dans le changement;
- évaluation et pérennisation des activités de transformation.

Les **principales réalisations** 2015-2016 sont les suivantes :

- slogan et identité visuelle propre à la transformation;
- cartographie de la dynamique de transformation;
- plan d'action de la transformation intégrant les activités de communication et de gestion du changement;

- plan de suivi des activités prévues aux trois cahiers de charges en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- section « INFO TRANSFO » sur espaceCISSSMO.com et Babillard transfo;
- groupes de discussion avec les différentes parties prenantes de la transformation : personnel, médecins, gestionnaires et syndicats;
- plan d'action pour la mise en place d'une salle de pilotage stratégique et de salles de pilotage tactique;
- guide du gestionnaire en période de changement;
- cadre de référence sur les rôles et les responsabilités du gestionnaire en période de transformation;
- atelier de travail sur la cohésion d'équipe et la gestion de proximité;
- modèle de gestion du changement.

Rappelons que l'enjeu principal de la transformation est de gérer humainement le changement. La clé du succès de cette transformation majeure repose donc sur une communication efficace et continue. Le soutien des parties prenantes et la participation des équipes s'avèrent un incontournable tout au long de ce grand processus. COMMUNICATION, SOUTIEN et PARTICIPATION sont trois principes de gestion du changement à retenir et à mettre de l'avant dans la réalisation de cette grande opération.

Tout au long de la transformation du CISSSMO, doit émerger progressivement la création de valeurs pour la population et à son terme, doit découler une amélioration réelle des soins et des services aux usagers.

Enfin, retenons que : « On ne change pas les choses en combattant la réalité présente. Pour changer quelque chose, construisez un nouveau modèle qui rend le modèle présent obsolète ».

– Richard Buckminster Fuller



Liste des sigles et des acronymes

AÉS	Approche École en santé
ASSS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
CA	Conseil d'administration
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CISSSMO	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
DI	Déficience intellectuelle
DLRI	Direction de la logistique et des ressources informationnels
DP	Déficience physique
DPD	Direction des programmes Déficiences
DPJASP	Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique
DPSAPA	Direction des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées
DPSMD	Direction des programmes Santé mentale et Dépendance
DQC	Direction québécoise du cancer
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DRF	Direction des ressources financières
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers
DSMEU	Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire

Liste des sigles et des acronymes - suite

DSPEM	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
DST	Direction des services techniques
GBM	Génie biomédical
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien
GMF	Groupe de médecine de famille
IAB	Initiative Amis des bébés
ICI	Intervention comportementale intensive
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveaux de soins alternatifs
PCI	Prévention et contrôle des infections
RI	Ressource intermédiaire
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RNI	Ressources non institutionnelles
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
SDA	Supervision des droits d'accès
SQETGC	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
TCCL	Traumatisme craniocérébral léger
TGC	Troubles graves du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme



1. Présentation de l'établissement

1.1 Mission, vision, ambitions et valeurs

Mission

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

Vision

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

Ambitions

Les ambitions du CISSSMO ont été établies dans le but de partager une compréhension commune de sa mission, de s'approprier et d'actualiser la vision ministérielle telle que définie dans sa planification stratégique 2015-2020. À travers celle-ci, nos ambitions se formulent ainsi :

- Le CISSSMO réalise ses ambitions en osant innover dans ses façons de faire, se démarquera et rayonnera par :
 - l'excellence de son offre de soins et services de proximité axée sur l'interdisciplinarité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de sa population;
 - son courage à questionner et améliorer ses pratiques professionnelles, cliniques et de gestion;
 - la reconnaissance de la contribution de son personnel et la mise en place de pratiques de gestion humaine;
 - la force de ses liens avec ses partenaires.

Valeurs

Cinq valeurs en équilibre et interdépendantes ont été adoptées. Si le CISSS de la Montérégie-Ouest a décidé de faire siennes ces valeurs et d'amener les gestionnaires, les employés, les médecins et les bénévoles à les partager, c'est parce qu'elles sont gages d'une mobilisation forte.



1. Bienveillance

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

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

1.1 Mission, vision, ambitions et valeurs - suite

2. Collaboration

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

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

3. Engagement

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

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

4. Audace

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

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

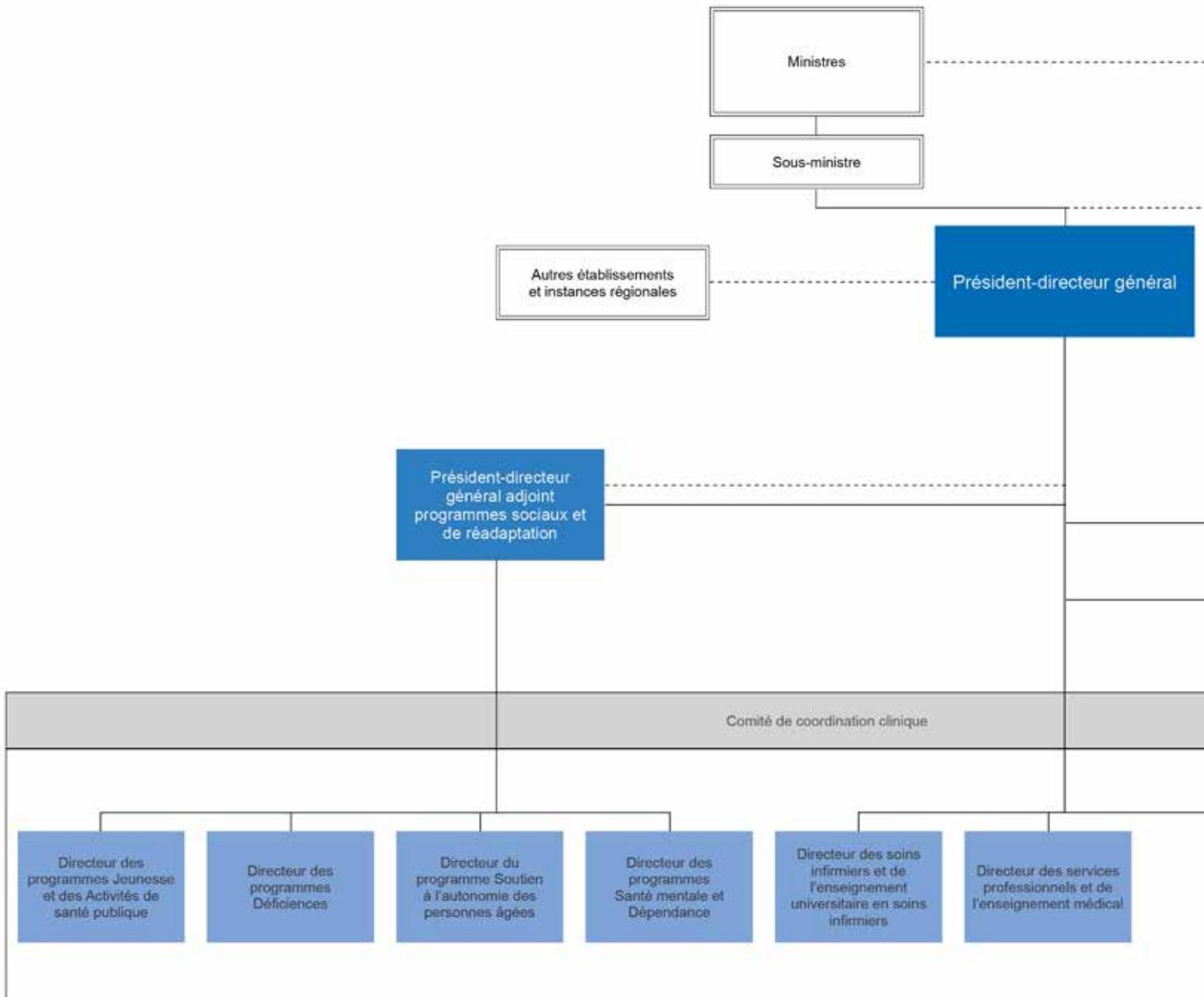
5. Cohérence

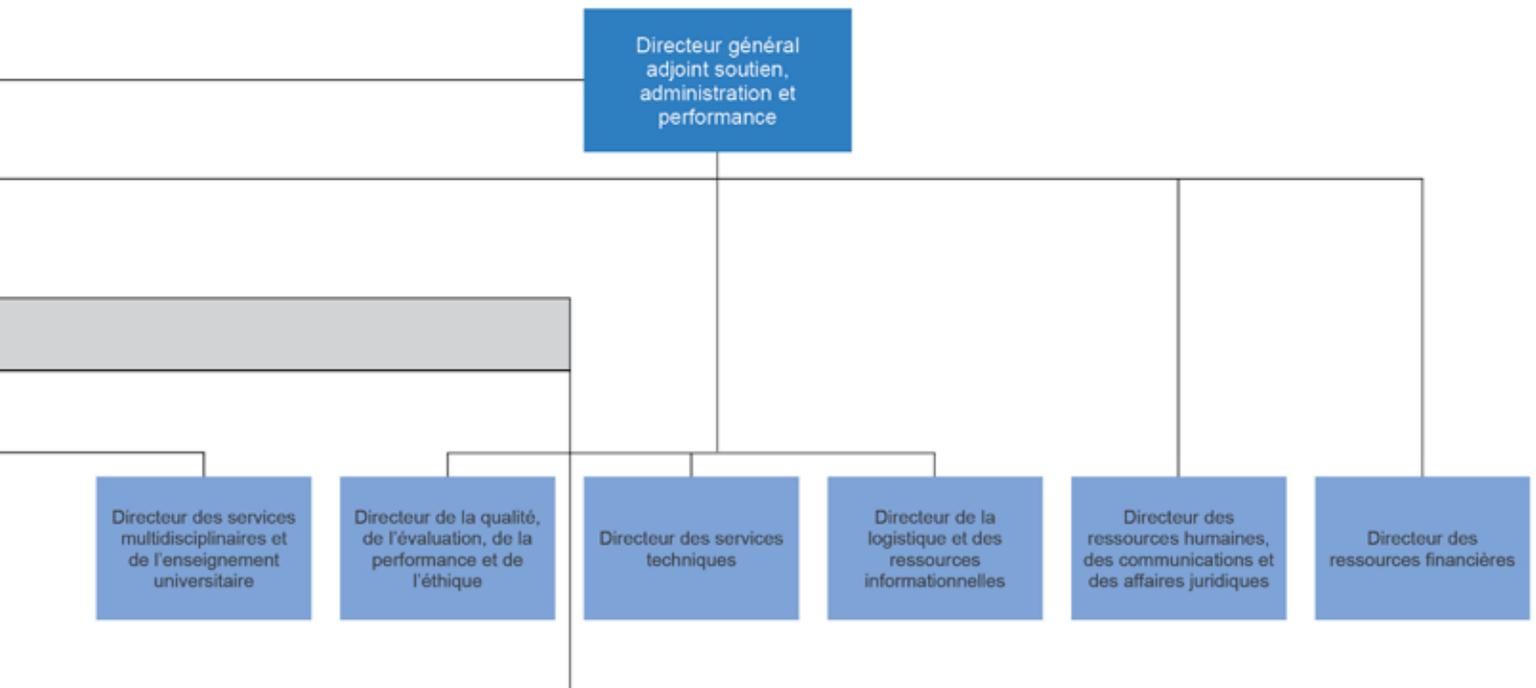
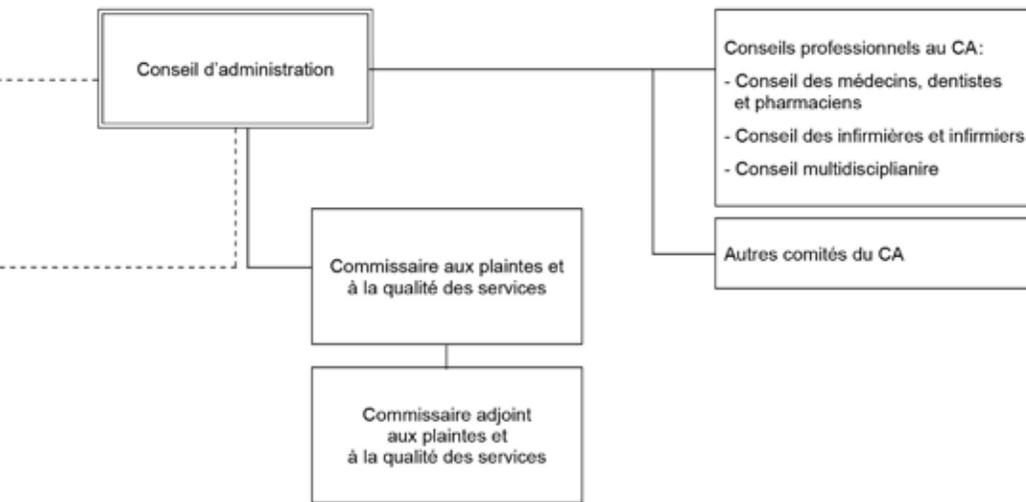
Décider et agir avec pertinence et équité et être solidaire envers nos orientations communes. «**Agissons avec cohérence pour donner du sens à nos gestes et paroles.**»

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



1.2 Structure de l'organisation au 31 mars 2016





1.3 Comité de direction



Yves Masse
Président-directeur
général



Céline Rouleau
Présidente-directrice
générale adjointe



Michelle Harvey
Directrice générale adjointe
et Directrice de la qualité, de
l'évaluation, de la performance
et de l'éthique



Chantal Arsenault
Directrice du programme
Soutien à l'autonomie
des personnes âgées



Philippe Besombes
Directeur des soins infirmiers
et de l'enseignement
universitaire en soins infirmiers



Claude Bouchard
Directeur des programmes
Déficiences



Richard Cloutier
Directeur des
ressources humaines,
des communications et
des affaires juridiques



Stéphane Dubuc
Directeur des services
multidisciplinaires et de
l'enseignement universitaire



Pierre Guay
Directeur des programmes
Santé mentale et Dépendance



Sylvie Marleau
Directrice des ressources
financières



Yves Parent
Directeur de la logistique
et des ressources
informatiques



Dominique Pilon
Directeur des programmes
Jeunesse et des Activités
de santé publique



Dre Lucie Poitras
Directrice des services
professionnels et de
l'enseignement médical
par intérim



Vincent Veilleux
Directeur des services
techniques

1.4 Profil des ressources humaines

Effectifs de l'établissement

(en date du 31 mars 2016)

	2015-2016	2014-2015
Nombre d'employés réguliers		
Temps complet	3 981	3 988
Temps partiel (équivalent temps complet)	1 714	1 599
En sécurité d'emploi	0	5
Sous-total	5 695	5 592
Nombre de cadres		
Temps complet	326	346
Mesure de stabilité d'emploi	8	5
Sous-total	334	351
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées	2 476 829	2 810 017
Nombre de personnes (équivalent temps complet)	1 348	1 505
Sous-total	1 348	1 505
TOTAL (équivalent temps complet)	7 377	7 448



2 035

entrevues d'embauches

910

nouveaux employés

54

nouveaux médecins



employés

8 800

médecins

430

bénévoles

670



« Il est important de **remercier** toutes les personnes qui permettent d'offrir des services de qualité à l'ensemble de la population du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest, mais aussi nos **bénévoles**, sans qui tout ce travail ne pourrait être possible. »

1.5 Gestion et contrôle des effectifs

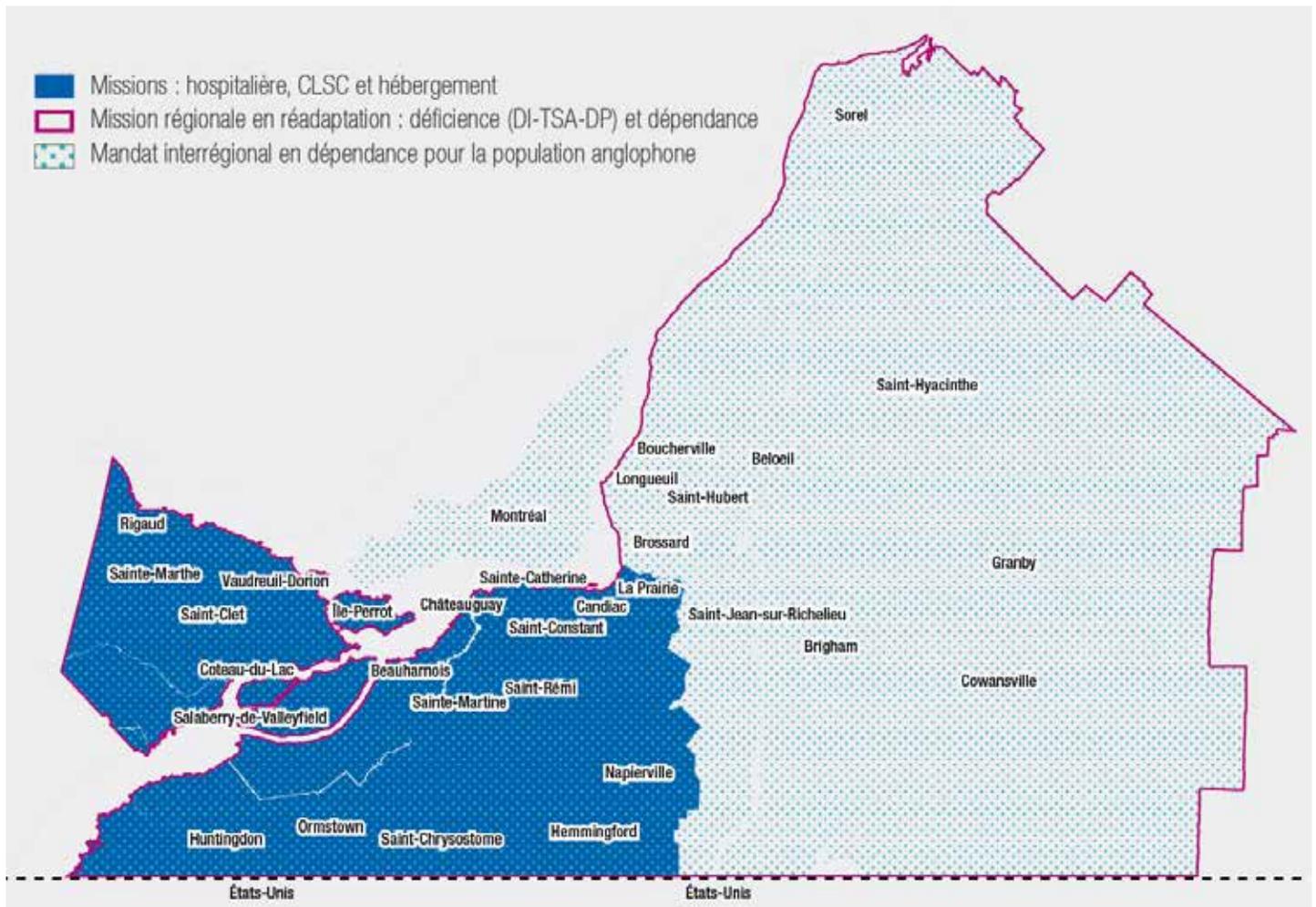
Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs (Loi 15)*

		Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observés	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
Personnel d'encadrement	2014-15	699 660	1 688	701 348	385	448
	2015-16	619 108	1 193	620 301	341	439
	Variation	(11,5%)	(29,3%)	(11,6%)	(11,6%)	(2,0%)
Personnel professionnel	2014-15	2 171 699	4 723	2 176 422	1 208	1 573
	2015-16	2 207 958	4 303	2 212 261	1 228	1 590
	Variation	1,7%	(8,9%)	1,6%	1,7%	1,1%
Personnel infirmier	2014-15	2 923 666	127 901	3 051 567	1 576	2 158
	2015-16	2 969 610	115 361	3 084 972	1 602	2 158
	Variation	1,6%	(9,8%)	1,1%	1,6%	0,0%
Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 484 627	120 350	6 604 977	3 507	4 845
	2015-16	6 493 499	107 492	6 600 991	3 511	4 799
	Variation	0,1%	(10,7%)	(0,1%)	0,1%	(0,9%)
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	737 711	8 341	746 052	377	583
	2015-16	717 759	9 453	727 212	367	561
	Variation	(2,7%)	13,3%	(2,5%)	(2,8%)	(3,8%)
Étudiants et stagiaires	2014-15	23 116	69	23 185	13	69
	2015-16	14 168	27	14 196	8	49
	Variation	(38,7%)	(60,2%)	(38,8%)	(38,4%)	(29,0%)
Total du personnel	2014-15	13 040 479	263 072	13 303 551	7 066	9 424
	2015-16	13 022 102	237 830	13 259 932	7 056	9 350
	Variation	(0,1%)	(9,6%)	(0,3%)	(0,1%)	(0,8%)

Notes explicatives : La cible de réduction de 1% des heures rémunérées d'avril 2015 à mars 2016 par rapport à la période d'avril 2014 à mars 2015 n'a pu être respectée. Compte tenu de la réduction des heures rémunérées de 0,3%, on présente un écart de 0,7% par rapport à la cible pour la période de référence. Ce dépassement des heures rémunérées s'explique principalement par l'ouverture d'une unité d'intervention brève à l'Hôpital du Suroît, ainsi que par le développement d'un nouveau service de suppléance rénale à l'Hôpital Anna-Laberge. De plus, on note une importante réduction de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.

* Les données ont été fournies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

1.6 Carte du territoire du CISSMO



Nos 132 installations comptent entre autres :

	3 Hôpitaux	1 Centre de jour en santé mentale
	11 CLSC	11 Installations de réadaptation en dépendance
	11 Centres d'hébergement	56 Installations de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
	3 Centres de services ambulatoires	12 Installations de réadaptation en déficience physique
	5 Cliniques externes de santé mentale pour jeunes et adultes	



2. Activités de l'établissement

LES SERVICES

2.1 Services offerts

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 800 personnes, 430 médecins, dont 265 omnipraticiens et 165 spécialistes à travers 132 installations. Offrant des services généraux et des soins courants de première ligne, il se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centre d'hébergement et en centre de réadaptation. À ce titre, le CISSMO a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

Services généraux

- Archives
- Consultations en nutrition
- Consultations psychosociales en CLSC
- Consultations médicales en CLSC
- Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
- Imagerie médicale et services diagnostiques
- Info-Santé
- Interruption volontaire de grossesse
- Prélèvements
- Renouvellement de la carte d'assurance maladie
- Santé au travail
- Soins infirmiers en CLSC
- Vaccination

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

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

Services psychosociaux, santé mentale et dépendance

- Aide et soutien à l'entourage des personnes dépendantes
- Consultations en santé mentale
- Consultations psychosociales en CLSC
- Dépendance : services d'aide en CLSC
- Dépendance : services d'aide spécialisés
- Garde psychosociale 24/7
- Hospitalisation en santé mentale
- Intervention de crise et prévention du suicide
- Réinsertion sociale
- Services psychosociaux de première ligne et spécialisés de deuxième ligne (drogues, alcool, jeu pathologique)

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

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

2.1 Services offerts - suite

Soins et services hospitaliers

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

Services posthospitalisation

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

Services aux femmes enceintes et aux jeunes familles

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

Services pour la jeunesse

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

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

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

Soins palliatifs et de fin de vie

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

LES RÉSULTATS

2.2 Faits saillants du CISSSMO

Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique

- **Obtention de la reconnaissance de l'Initiative Amis des bébés (IAB)**, pour une seconde fois, par l'Hôpital Anna-Laberge, à la suite d'une évaluation externe dans le cadre du processus d'Agrément de l'IAB. Ce programme mise sur l'excellence de la qualité des soins offerts aux mères et aux nourrissons. Seulement six hôpitaux au Québec ont reçu cette reconnaissance.



Conférence de presse pour l'obtention de la certification Amis des bébés pour l'Hôpital Anna-Laberge.

- Développement d'un partenariat avec Héma-Québec pour la banque de lait maternel. Le projet vise à recruter de nouvelles mères (suivi postaccouchement), qui bénéficient des services du CISSS de la Montérégie-Ouest. Cette banque publique de lait maternel fournit du lait pasteurisé (traité dans certains centres hospitaliers du Québec) d'une valeur nutritionnelle reconnue pour les prématurés de trente-deux semaines ou moins.
- Partenariat avec la Maison de la Famille de Vaudreuil-Soulanges pour la supervision des droits d'accès (SDA) alors qu'aucune ressource n'était disponible sur le territoire de la Montérégie-Ouest pour desservir les familles vulnérables depuis 2010. Ayant débuté le 1^{er} octobre 2015, les services ont pour objectifs le maintien de la relation, la prise ou la reprise de contact entre l'enfant et le parent avec lequel il ne vit pas, dans un milieu sécuritaire et neutre, lorsqu'il n'existe aucune autre solution dans le milieu de vie de l'enfant.

- Mobilisation autour du projet « La bienveillance, l'affaire de tous ». Issu d'une initiative de la Table de concertation des aînés, le projet avait pour but de contrer la maltraitance envers les aînés par la promotion de la bienveillance. Différentes actions de prévention et promotion ont été déployées grâce à la mobilisation et l'engagement d'une quinzaine de partenaires.

Direction des programmes Déficiences

- Mise en place de la Table régionale de coordination en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI, TSA et DP) avec les CISSS de la Montérégie-Est et de la Montérégie-Centre ainsi que le CIUSSS de l'Estrie, le tout sous le *leadership* du CISSSMO.
- Actualisation du projet « Solutions résidentielles personnalisées » pour la clientèle DI-TSA avec un trouble grave du comportement, de concert avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC).
- **Prix « Reconnaissance » de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec** remporté par les intervenants de la déficience physique pour le projet d'amélioration de l'offre de service pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL).



Manon Talbot, neuropsychologue, Dave Boudreault, coordonnateur clinique du CISSSMO et Julie Mathieu, vice-présidente du Conseil d'administration de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ).

CRÉDIT PHOTO: ACMQ

2.2 Faits saillants du CISSSMO - suite

Direction des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées

- Visites ministérielles dans quatre de nos centres d'hébergement faisant état de milieux de vie dévoués à la qualité de vie des résidents :
 - Centre d'hébergement d'Ormstown;
 - Centre d'hébergement du comté de Huntingdon;
 - Centre d'hébergement Cécile-Godin;
 - Centre d'hébergement de La Prairie.
- Première visite ministérielle en août 2015 dans nos ressources non institutionnelles (RNI) pour personnes âgées (secteurs Jardins-Roussillon et Suroît).
- Mise en œuvre de la Loi 2 sur l'aide médicale à mourir : élaboration des politiques et procédures requises, formation du personnel et mise en place du groupe interdisciplinaire de soutien (GIS).
- Début d'un grand projet d'envergure intitulé « Destination milieu de vie » visant à favoriser le retour à domicile le plus rapidement possible des personnes âgées à la suite d'une hospitalisation, et à favoriser les demandes d'hébergement non plus à partir de l'hôpital, mais d'un milieu de vie le plus naturel possible.

Direction des programmes Santé mentale et Dépendance

- Amélioration significative du délai d'attente pour une première évaluation spécialisée en toxicomanie passant de 6 mois à 15 jours ouvrables ou moins. Cette priorité a permis d'accroître l'accessibilité aux services anglophones en toxicomanie pour les usagers, permettant aussi d'augmenter la performance de l'organisation.
- Réorganisation opérationnelle et d'encadrement clinique mise en place, dont le remplacement des assignations non comblées, la révision et la réorganisation de la trajectoire des services ainsi que des processus internes, la réorganisation de la charge de cas des intervenants, la révision et l'ajustement de la documentation associée aux interventions cliniques, la révision de la trajectoire du client et de l'outil d'évaluation, la réalisation du travail avec l'archiviste pour assurer que les interventions codifiées soient en ligne avec le

cadre normatif, la mise en place d'un mécanisme de suivi et de monitoring de la liste d'attente et un travail de sensibilisation au sein des équipes.

Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers

- **Ouverture du centre externe de suppléance rénale Louise-Auger à Châteauguay** : ce centre en développement est équipé de matériel à la fine pointe de la technologie et compte 26 chaises d'hémodialyse pouvant accueillir jusqu'à 156 patients.



Lors de l'inauguration, Mme Christine Auger, fille de Mme Louise Auger, Dr Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Lucie Charbonneau, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie et ministre responsable de la région de la Montérégie ainsi que M. Yves Masse, président-directeur général du CISSSMO, étaient présents.

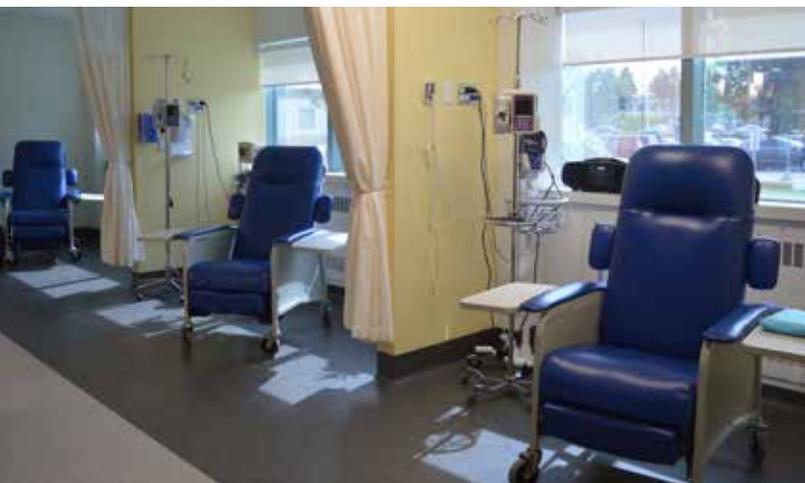
- Récipiendaire du prix Innovation clinique 2015 de l'Ordre régional des infirmières de la Montérégie pour l'outil Logico-Clinique : une formation sous forme de jeu de type Monopoly qui comprend des cartes présentant des mises en situation cliniques et pratiques abordant différents thèmes associés aux soins infirmiers. L'outil Logico-Clinique regroupe l'ensemble des conditions favorables au développement du jugement et du *leadership* cliniques, et aide à favoriser la priorisation des soins et l'organisation du travail, préparant ainsi les futures infirmières à leur réalité professionnelle.

2.2 Faits saillants du CISSSMO - suite

- Implantation d'un processus de suivi à distance des patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour les territoires du Suroît et du Haut-Saint-Laurent. Ce suivi quotidien à distance, appelé télésoins, permet de réduire les hospitalisations tout en favorisant le maintien à domicile des usagers. Ce projet a été réalisé en partenariat avec la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées et le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université McGill.

Direction des services professionnels et de l'enseignement médical

- Sélection du CISSSMO à l'automne 2015, et d'autres CISSS de la province, par la Direction québécoise du cancer (DQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin d'implanter le projet de mise à niveau des unités d'endoscopie. Ce projet d'envergure s'échelonnant sur 18 mois vise plusieurs volets, dont l'accès, la pratique clinique et l'immobilier. Le projet sera déployé en simultané dans l'ensemble des composantes offrant des services d'endoscopie dans une vision d'intégration et de standardisation des pratiques.
- Harmonisation des pratiques et des processus médicaux dans le but d'unir les expertises. Avec le comité de direction, une nouvelle structure départementale médicale a été mise en place. Un processus de nomination a d'ailleurs été réalisé pour pourvoir les postes de chefs et d'adjoints au chef de département.
- **Aménagement dans les nouveaux locaux d'oncologie à l'Hôpital Anna-Laberge**, favorisant un environnement de traitements plus agréable pour notre clientèle atteinte de cancer.



Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire

Volet opérations

- Élaboration d'un plan d'action en conformité aux exigences d'Agrément Canada afin de répondre aux normes de qualité pour le secteur de biologie médicale. Déposé à Agrément Canada en février 2016, le plan se décline en trois grands volets correspondant à leurs cahiers de normes :
 - analyses de biologie délocalisées;
 - laboratoires médicaux;
 - transfusions.

Cet exercice contribue à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services de ce secteur.

Volet qualité et évolution de la pratique

- Recension de certains outils de référence utilisés par les directions (DPJASP, DPD, DPSAPA, DPSMD, DSPEM, DSMEU). L'équipe de la DSMEU a jugé pertinent d'effectuer, comme point de départ, cette mise en commun d'outils, afin de favoriser le partage entre directions, ce qui enrichit les connaissances au sein du CISSSMO. L'identification de thématiques dépourvues de documentation contribue également au repérage de volets à développer au sein d'une direction.
- Présentés sous forme de neuf cartographies cognitives, ces travaux sont principalement destinés aux nouveaux directeurs et à leurs adjoints, qui pourront s'en servir auprès de leurs équipes pour orienter leur offre de service. De plus, ils bénéficieront de l'expertise des agents de planification, de programmation et de recherche de la DSMEU.
- Le volet qualité et évolution de la pratique de la DSMEU est un ajout significatif dans la structure d'une organisation. Peu développée au sein du réseau de la santé et des services sociaux, la DSMEU a mis en place une offre de service transversale, dont les activités principales visent l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles et la performance des équipes.

Département d'hémo-oncologie - aire de traitement à l'Hôpital Anna-Laberge

2.2 Faits saillants du CISSSMO - suite

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

- Création de cette nouvelle direction : les membres de l'équipe représentent bien la diversité du CISSSMO, tant par leur composante d'origine, que par leur complément d'expertise.
- Mise en place en septembre 2015 du comité d'amélioration continue de la qualité et de la performance. Ce comité regroupe l'ensemble des directeurs adjoints du CISSSMO et a pour mandat d'adresser les enjeux de qualité et de performance de façon transversale.
- Contribution au déploiement et au maintien d'une culture de qualité et de sécurité visant l'efficacité des soins et des services à la clientèle de par un rôle-conseil et de soutien dans la transformation organisationnelle. Le tout dans un esprit de collaboration avec les directions et partenaires du CISSSMO.

Direction des services techniques

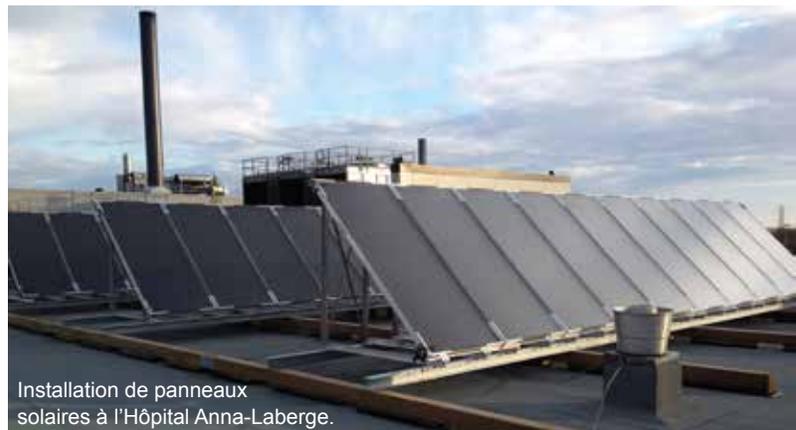
- Inspection technique réalisée du parc immobilier. Cette analyse a permis de bien cibler les interventions à réaliser sur les bâtiments et à assurer la sécurité et le maintien du bon état de ces derniers. Le travail se poursuivra en 2016-2017 alors que 30 % des immeubles ont été inspectés cette année.
- Conception d'un plan d'optimisation des espaces locatifs afin de déterminer les actions à entreprendre pour l'ensemble des baux venant à échéance d'ici le 31 décembre 2017. Plus de 25 espaces locatifs ont été évalués, ce qui représente 50 % des installations en location.
- Mise à jour des plans triennaux d'investissements pour plus de 400 projets immobiliers en cours et en planification.
- Réalisation de projets financés à partir des enveloppes budgétaires allouées par le MSSS.

Déclinaison du financement :

- Montant de 5 929 000 \$ alloué en maintien des actifs et en résorption du déficit d'entretien, en financement récurrent;
- Montant de 1 407 000 \$ alloué en rénovation fonctionnelle mineure, en financement récurrent.

Projets majeurs effectués principalement financés par les enveloppes du MSSS :

- Réaménagement du secteur hémato-oncologie et médecine de jour à l'Hôpital Anna-Laberge;
- Réfection de la laverie du Centre d'hébergement de Châteauguay;
- Réaménagement des espaces pour l'installation d'une nouvelle caméra gamma à l'Hôpital du Suroît;
- Réfection de la maçonnerie au Centre d'hébergement de Rigaud;
- Poursuite de l'**implantation du projet majeur d'économie d'énergie qui représente plus de 7 M\$ d'investissement**. Des travaux importants ont été réalisés à l'Hôpital Anna-Laberge et dans les différents immeubles de l'ancienne composante Jardins-Roussillon. Ce projet a pour objectif de réduire la consommation d'énergie, de diminuer les gaz à effet de serre, d'utiliser les énergies renouvelables et d'optimiser l'opération des bâtiments;



Installation de panneaux solaires à l'Hôpital Anna-Laberge.

2.2 Faits saillants du CISSSMO - suite

- Gestion de ses opérations revue en créant cinq grandes zones de couverture pour la gestion des installations matérielles, l'hygiène et la salubrité, couvrant ainsi l'ensemble de la Montérégie et les 132 points de service dont la direction a la responsabilité.

Direction de la logistique et des ressources informationnelles

- Création de la Direction de la logistique et des ressources informationnelles alors qu'auparavant plusieurs services étaient couverts par une autre direction (ex. : services techniques). Incluant plus de 300 employés et 15 gestionnaires, cette direction concerne plusieurs activités dont l'informatique, le génie biomédical (GBM), les activités logistiques (entreposage, distribution, transport des biens et des usagers, lingerie et buanderie), les services alimentaires, le Service d'approvisionnement et le Service des aides techniques – volet production.
- Mise en place d'une politique d'approvisionnement permettant l'harmonisation du processus d'autorisation, des pratiques en lien avec l'approvisionnement et définissant les rôles et les responsabilités de tous les acteurs de l'organisation.

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Volet opérations

- Actualisation de la structure d'encadrement administrative et clinique de l'ensemble des nouveaux plans d'organisation des directions par la dotation de presque 300 postes tout en assurant le soutien aux personnes pendant la période de transition.
- Conclusion d'une entente patronale-syndicale impliquant 15 syndicats afin de procéder au transfert du personnel des secteurs administratifs dans les nouvelles structures administratives évitant ainsi l'abolition de postes.

Communications et affaires juridiques

- Mise en place de plusieurs outils de communication organisationnelle afin de soutenir la création du nouvel établissement : **développement du site espaceCISSSMO.com**, du bulletin Zoom sur le CA, des gabarits pour des communiqués, des notes de service, etc., organisation de rencontres pour les gestionnaires, diffusion de foires aux questions pour le personnel et les gestionnaires, mise en place d'une tournée de la Direction générale.



Visuel du bandeau Web espaceCISSSMO.com

2.2 Faits saillants du CISSSMO - suite

- Élaboration du plan de communication et de développement organisationnel en lien avec la mission, la vision, les ambitions et les valeurs de la nouvelle organisation.
- Création d'un nouveau Service des affaires juridiques qui a réalisé plus de 160 avis et conseils juridiques et qui a été mandaté dans plus de 340 dossiers dans les secteurs du droit du travail, du droit de la santé et du droit corporatif incluant 41 auditions devant la Cour du Québec, chambre civile.

Développement organisationnel

- Accompagnement des cadres par l'élaboration et le déploiement d'un cadre de référence sur les rôles et les responsabilités ainsi que le profil de compétence, de même qu'un guide et des outils de soutien en contexte de transformation.

Direction des ressources financières

- Rapatriement des activités financières des neuf anciennes composantes et transfert du personnel en fonction des différents services comptables, contribuant à un accroissement significatif de la cohésion au sein de l'équipe.
- Participation active au projet de régionalisation de la paie de la Montérégie (RPM). Faisant auparavant partie de la Direction des ressources financières, le Service de la paie sera transféré au CISSS de la Montérégie-Centre pour rejoindre l'équipe régionale.
- Réalisation du budget des neuf composantes et du consolidé CISSSMO.
- Élaboration des processus pour la réalisation du premier budget annuel fusionné CISSSMO.
- Harmonisation de la comptabilisation des revenus et des dépenses pour l'émission des premiers états financiers CISSSMO.
- Mise en place d'équipes pour tous les secteurs d'activités comptables permettant d'assurer un soutien aux différentes directions de l'organisation et favorisant la collaboration et le partenariat dans l'ensemble des dossiers à caractère financier.

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité

Taux d'atteinte de l'engagement	Tendance par rapport à l'année précédente	Légende
 Atteinte à 100% et plus	 Amélioration de plus de 5%	ND Non disponible
 Atteinte à 90% et plus	 Détérioration de plus de 5%	
 Atteinte à moins de 90%	 Stable : variation de moins de 5%	
	 Comparable non disponible	

Indicateur	2015-2016			2014-2015		Commentaires
	Cumulatif période 13	Engagement	Atteinte de l'engagement	Cumulatif période 13	Engagement	

1.1 Santé publique

1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	80,9	65		82,1		
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des jeunes de 15 à 24 ans	1 146	950		ND		

1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales

1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100		100		
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	66,7	100		100		En 2015-2016, trois cas de bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) ont été répertoriés à l'hôpital Barrie Memorial. Comme il s'agit d'une installation ne comportant qu'une unité de soins et dont le volume d'activités n'est pas considérable, toute incidence d'infections nosocomiales a un impact statistique immédiat sur le taux observé comparativement au taux établi. Néanmoins, la situation est surveillée de près et un exercice d'évaluation des pratiques est en cours visant à réduire le taux des infections nosocomiales, notamment de bactériémies nosocomiales à SARM.
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 (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100		100		

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité - suite

Indicateur	2015-2016			2014-2015		Commentaires
	Cumulatif période 13	Engagement	Atteinte de l'engagement	Cumulatif période 13	Engagement	
1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales (suite)						
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	0	100		ND		L'année 2015-2016 fut une année de transition. Les résultats 2015-2016 indiquent qu'il n'y a pas eu de comité PCI au CISSMO cette année, car il n'était pas constitué et en fonction. Il le sera pour septembre 2016. Par contre, il y a eu des comités PCI fonctionnels dans nos trois hôpitaux pour toute l'année 2015-2016.
1.2 Soutien à domicile de longue durée						
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	4 510	4 424		ND		
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	57,3	90		ND		À la suite d'une transmission partielle des données de la composante Jardins-Roussillon, le résultat obtenu de 57,3% ne représente pas la donnée réelle. L'objectif de 90% devrait être atteint au cours de la prochaine année. À cet effet, plusieurs mesures ont été mises en place afin d'y parvenir, telles : la transmission complète des données en procédant à un arri-mage des systèmes d'information, le réaligement des ressources et de l'encadrement ainsi que le suivi systématique des mesures.
1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)						
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	0	67	↓	66,7		La reddition 2015-2016 fait ressortir qu'aucun de nos trois hôpitaux n'a réussi à implanter les composantes 1, 2 et 6 à 100% contrairement à ce qui était indiqué dans les résultats 2014-2015. En contexte de fusion, les points 1.8 et 1.9 touchant la communication et la sensibilisation des conseils (CII, CMDP, etc.) n'ont pu être atteints, car la recombinaison de ces conseils n'était pas encore complètement achevée. Un plan d'action est en cours de réalisation afin d'atteindre la cible en 2016-2017.
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	75	25	↑	25		

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité - suite

Indicateur	2015-2016			2014-2015		Commentaires
	Cumulatif période 13	Engagement	Atteinte de l'engagement	Cumulatif période 13	Engagement	
1.4 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	95	90		91,9		
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	97,2	90		ND		
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	95,9	90		98,4		
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	73,5	90		ND		Le CISSSMO poursuit ses efforts en vue d'améliorer l'accessibilité aux services, notamment par l'implantation de l'offre de service structurée par programmes, incluant un programme 0-6 ans intégré en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique.
1.7 Dépendances						
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	87,8	80	↑	77,2		
1.8 Santé mentale						
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	290	310		ND		Le pourcentage d'atteinte des engagements est de 93,5% pour le nombre de places en soutien d'intensité variable et de 97,1% pour le suivi intensif dans le milieu. L'atteinte complète n'a pu être réalisée en raison des absences non remplacées du personnel.
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	184	189		ND		

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité - suite

Indicateur	2015-2016			2014-2015		Commentaires
	Cumulatif période 13	Engagement	Atteinte de l'engagement	Cumulatif période 13	Engagement	
1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence						
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	23,91	12	→	23,69		Un important chantier portant sur les niveaux de soins alternatifs (NSA) est en cours. Trois projets ont été priorisés soit la planification de congés, le rehaussement de l'aide à domicile via l'optimisation des auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) et l'implantation de l'approche adaptée aux personnes âgées. Les résultats auront un impact direct sur les services des urgences du fait de la diminution de la durée moyenne de séjour dans les unités de soins. D'autre part, l'intensification et l'optimisation des services d'aide à domicile auront un impact en amont sur le recours aux services des urgences. Ce chantier de type LEAN sera mis en place dans l'ensemble des installations du CISSSMO. Par ailleurs, l'ouverture de 32 lits de soins de longue durée à Sainte-Anne-de-Bellevue aidera aussi à diminuer le nombre d'attente d'hébergement dans les lits des hôpitaux du CISSSMO. En outre, le projet d'optimisation des services de l'urgence pour la clientèle p-4 et p-5 améliorera la prise en charge des patients. Ces travaux permettront d'améliorer les résultats de l'ensemble des indicateurs.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	46,1	46,2	→	46,1		
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	43,5	46,7	↓	46,7		
1.9 Santé physique - Soins palliatifs						
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	952	932	↓	974		
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	27	27		ND		
1.9 Santé physique - Ressources						
1.09.25-PS Nombre total de GMF accrédités	9	10		ND		En 2014-2015, le CISSSMO comptait neuf groupes de médecine de famille (GMF). Deux GMF, ne répondant pas aux critères du nouveau cadre de référence des GMF, se sont associés pour former un GMF. De plus, un nouveau GMF a été accrédité. On prévoit une bonne croissance du nombre de GMF en 2016-2017.
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	67,2	58		ND		

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité - suite

Indicateur	2015-2016			2014-2015		Commentaires
	Cumulatif période 13	Engagement	Atteinte de l'engagement	Cumulatif période 13	Engagement	
1.9 Santé physique - Chirurgie - Nombre						
1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	6	0	↑	11		Une série de mesures a permis de réduire considérablement les listes d'attente. En date du 8 juin 2016, une seule demande en chirurgie d'un jour demeure en attente. Le patient concerné sera opéré au courant du mois de juin 2016.
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	→	0		
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	0	0	→	0		
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	0	0	↑	1		
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	4	0	↑	10		
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	2	0	↓	0		
1.9 Santé physique - Chirurgie oncologique - Durée de l'attente						
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	73,1	90	↑	64,5		Bien que l'engagement ne soit pas atteint, on note une augmentation du nombre de patients traités dans les délais requis. On anticipe une amélioration de la situation à la suite de la prochaine révision du processus de gestion des priorités, et ce, malgré les facteurs impondérables tels l'importante liste d'attente en urologie, la nécessaire disponibilité de deux chirurgiens en simultané, la disponibilité de la radiologie pour les cas de cancer du sein et la disponibilité des médecins internistes pour les consultations préopératoires.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	96,7	100	↑	94,5		
1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale						
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	57,6	90	↓	92,9		Le résultat de 57,6% est la conséquence d'une mauvaise entrée de donnée. Il n'y a aucune attente pour les examens de graphies, qui se font sans rendez-vous.
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	93,8	90	→	93,1		

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité - suite

Indicateur	2015-2016			2014-2015		Commentaires
	Cumulatif période 13	Engagement	Atteinte de l'engagement	Cumulatif période 13	Engagement	
1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale (suite)						
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100	90	→	100		
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100	90	→	96,3		
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	9,4	90	↑	7,4		Temps d'attente particulièrement long à l'Hôpital Anna-Laberge. Une réorganisation des services est en cours de réalisation, notamment par le transfert d'un échographe cardiaque à l'Hôpital Anna-Laberge et l'achat d'un autre pour l'Hôpital du Suroît en juillet 2016. Il est également à noter que les délais d'attente sont tributaires de la disponibilité des médecins internistes.
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	98,8	90	↑	9,9		
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	70,5	90	↑	45,8		On note une amélioration du résultat cette année comparativement à l'année dernière. Cette amélioration est le résultat d'une révision de la programmation et d'épuration des listes d'attente. Ces mesures permettront de réduire les délais d'attente en 2016-2017.
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	49,1	90	↓	95,4		Le rapatriement de la clientèle oncologique effectué sans ajout budgétaire pour le secteur de l'imagerie a contribué à l'allongement des délais d'attente. Un exercice d'optimisation est mis en place à l'Hôpital Barrie Memorial en vue d'augmenter les volumes d'activité et de réduire les temps d'attente dans les deux autres hôpitaux du CISSMO.
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	59	90	↓	95,9		La hausse du nombre de références et l'absence de financement additionnel pour exploiter la salle dédiée à ces examens à l'Hôpital du Suroît ont contribué à l'allongement des délais d'attente.

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité - suite

Indicateur	2015-2016			2014-2015		Commentaires
	Cumulatif période 13	Engagement	Atteinte de l'engagement	Cumulatif période 13	Engagement	
1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale (suite)						
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	89,7	90	→	89,3		
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	99,5	90	→	97,3		
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	94,2	90	→	99,1		
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	99,8	90	→	99,4		
1.09.35.05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	99,9	90	↑	91,9		
1.09.35.06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	99,6	90	→	100		
1.09.35.07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	99,8	90	→	97,5		
1.09.35.08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	99,8	90	→	99,8		
1.09.35.09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	95,7	90	→	95,5		
1.09.36.01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	100	90	→	99,96		
1.09.36.02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	91,1	90	↓	98,82		
1.09.36.03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100	90	→	100		

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité - suite

Indicateur	2015-2016			2014-2015		Commentaires
	Cumulatif période 13	Engagement	Atteinte de l'engagement	Cumulatif période 13	Engagement	
1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale (suite)						
1.09.36.04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100	90	➔	100		
1.09.36.05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	97,59	90	➔	94,32		
1.09.36.06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	99,17	90	➔	100		
1.09.36.07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	97,33	90	➔	98,06		
1.09.36.08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	86,22	90	⬇	98,05		
1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	68,26	90	⬇	88,55		Les délais d'attente ont augmenté suite à la fermeture des services de résonance magnétique à l'Hôpital Anna-Laberge durant le remplacement de son appareil. De plus, les demandes additionnelles reçues suite au rapatriement de la clientèle 514-450 ont également contribué à l'allongement des délais d'attente.
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	78,99	90	⬆	32,61		
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	98,68	90	⬆	35,74		
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100	90	➔	99,1		
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	97,81	90	➔	97,66		

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité - suite

Indicateur	2015-2016			2014-2015		Commentaires
	Cumulatif période 13	Engagement	Atteinte de l'engagement	Cumulatif période 13	Engagement	
1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale (suite)						
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	93,11	90	↑	38,74		
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	99,11	90	→	94,37		
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	96,76	90	↑	56,22		
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	98,85	90	↑	77,67		
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	97,92	90	↑	44,15		
2.2 Hygiène et salubrité						
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	48	100	↓	67		Récemment, la Direction des services techniques a effectué des audits sur toutes les unités des trois hôpitaux. Cette opération a démontré que l'ensemble des étapes visant l'élimination des zones grises n'est pas appliqué <i>stricto sensu</i> . Une révision des processus est en cours afin d'assurer une implantation complète du programme dans les unités ciblées d'ici le 31 mars 2017.
3.1 Ressources humaines						
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,21	5,9	→	5,96		L'année 2015-2016 a été une année de transition. Un plan d'action organisationnel sur la gestion de la présence au travail a été élaboré et les activités prévues sont en cours de réalisation.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,73	2,95	↑	3,01		
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,27	1,57	↑	1,54		

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité (chapitre III) Les attentes spécifiques

SECTION 1 : MISE EN ŒUVRE DE LA LOI		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
1.1 Procédures internes du conseil d'administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CM) - (CII)	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.3 Examen des plaintes	Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.4 Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.8 Programme d'accès en langue anglaise	Reddition de compte annulée par le Ministère	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.9 Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
<p>1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux : Plusieurs actions et mesures ont été mises en place afin d'assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de santé. Ces activités sont menées autant à l'intérieur du CISSS de la Montérégie-Ouest qu'avec les autres CISSS de la province, et ce, pour différents programmes-services. Une liste des ententes de services conclues sera acheminée au Ministère d'ici le début de septembre 2016.</p>		

SECTION 2 : SANTÉ PUBLIQUE		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
2.1 Priorités régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

SECTION 3 : SERVICES SOCIAUX		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille	Validation des grilles	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité (chapitre III) Les attentes spécifiques - suite

SECTION 3 : SERVICES SOCIAUX - SUITE		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
3.3 Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signées avec les autres établissements, le cas échéant	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.5 Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.6 Personnes âgées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.7 Personnes âgées - L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.8 Personnes âgées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.9 Personnes âgées - Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les appuis régionaux	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
<p>3.2 Jeunes et leur famille : Les grilles ont été validées et transmises au Ministère le 16 juin 2016.</p> <p>3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme : Les protocoles d'ententes en DI/TSA et DP ont été élaborés et convenus entre les trois CISSS de la Montérégie et le CIUSSS de l'Estrie. Pareillement, le protocole d'entente concernant la déficience visuelle entre les CISSS de la Montérégie-Ouest et Montérégie-Centre est finalisé. Le CISSS de la Montérégie-Ouest a ratifié les ententes précitées.</p>		

SECTION 4 : SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
4.1 Accès aux services spécialisés	Reddition de compte annulée par le Ministère	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.3 Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité (chapitre III) Les attentes spécifiques - suite

SECTION 4 : SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE - SUITE		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.6 Continuum de services en cardiologie (suivi)	Reddition de compte annulée par le Ministère	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
<p>4.3 Accès aux services de première ligne : Le nouveau cadre de référence des groupes de médecine de famille (GMF) est en cours de déploiement. À ce jour, dix GMF sont reconnus par le Ministère.</p> <p>4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral : Des travaux et des discussions sont en cours avec l'équipe ministérielle afin de planifier le continuum de soins. La démarche en lien avec la mise en œuvre du plan d'action est réalisée à 25 %. Il est prévu que le livrable soit finalisé pour le 31 octobre 2016.</p> <p>4.7 Douleur chronique (suivi) : Le plan d'action triennal est en cours de réalisation. Il sera achevé au courant de l'automne 2016. La mise en œuvre de l'offre de service fait l'objet d'une réflexion importante au sein de notre établissement, car cela soulève de nombreux enjeux.</p>		

SECTION 5 : FINANCES, IMMOBILISATIONS ET BUDGET		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

SECTION 6 : COORDINATION		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1 – Plan de travail	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Bilan des activités	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné

SECTION 7 : PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	Reddition de compte annulée par le Ministère	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

2.3 Entente de gestion et d'imputabilité (chapitre III) Les attentes spécifiques - suite

SECTION 8 : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION		
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1 – Nom du responsable DMÉ	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Plan de soutien	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.4 Rehaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.5 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1 – Planification triennale des projets et activités en RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Programmation annuelle des projets et activités en RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	3 – Bilan annuel des réalisations en RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	4 – État de santé des projets	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1 – État des lieux	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Plan d'action pour le regroupement des RI	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.7 Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.8 Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
<p>8.6 (2) Plan d'action pour le regroupement des RI : L'élaboration de ce plan d'action est assurée par le CISSS de la Montérégie-Centre, qui est responsable de la gouverne régionale. Dans sa reddition de comptes, le CISSS de la Montérégie-Centre a confirmé que le plan d'action est réalisé. En revanche, il reste des éléments d'entente interétablissements à formaliser.</p> <p>8.8 Sécurité de l'information : La date de fin des travaux a été retardée à la suite de la mise en place récente du nouveau cadre de gestion de la sécurité des ressources informationnelles. Ce livrable est réalisé à hauteur de 65-70 % et dont l'échéance est prévue pour la mi-septembre (16 septembre 2016).</p>		

2.4 Examen des plaintes et promotion des droits des usagers

Le régime d'examen des plaintes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux permet à tout usager d'exprimer son insatisfaction ou de déposer une plainte s'il estime que ses droits n'ont pas été respectés. Ce régime assure l'évaluation et le traitement des plaintes faites par les usagers ainsi que l'accompagnement des usagers dans leur démarche de plainte. L'exercice est confidentiel et assure le respect des droits des usagers et contribue à améliorer la qualité des services de santé et des services sociaux.

Une commissaire aux plaintes et à la qualité des services, secondée par un commissaire adjoint, est responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers du CISSS de la Montérégie-Ouest. Relevant directement du conseil d'administration à qui elle adresse ses recommandations, la commissaire s'assure d'une indépendance afin de réaliser ses fonctions.

Le rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sera disponible à l'adresse suivante : santemo.quebec, dès que le rapport de la commissaire aux plaintes sera déposé à l'Assemblée nationale par le ministre.

Il est possible de joindre la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en composant le 450 699-2425, poste 2462, le 1 800 700-0621 ou à l'adresse suivante : insatisfactions-plaintes.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca. Vous trouverez également des formulaires de plaintes sur santemo.quebec. Cliquez sur l'une des pages des quatre anciennes composantes CSSS, dans la section « À propos de nous », onglet satisfaction et plaintes.

2.5 Modes d'information et de consultation de la population

Différents modes d'information et de consultation auprès de la population sont utilisés afin de mettre celle-ci à contribution à l'égard de l'organisation des services, permettant ainsi de connaître son niveau de satisfaction quant aux soins et aux services offerts.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest est donc en lien étroit avec la population de son territoire grâce aux moyens de communication suivants :

- Le **site Internet** de l'organisation diffuse régulièrement les nouvelles d'actualité touchant notamment les informations relatives aux soins, aux services et aux activités de l'organisation. La communauté, par les divers liens sur le site Web, peut communiquer avec l'organisation pour poser une question ou émettre un commentaire;
- La **page Facebook** du CISSSMO fournit à la population des nouvelles ponctuelles sur les diverses activités en cours dans l'établissement. Les citoyens peuvent ainsi suivre les mois et les semaines thématiques, les conférences de presse organisées de même que de se tenir informés des formations ou des groupes de discussions offerts à la population. En tout temps, il est possible d'y poser des questions ou d'y émettre un commentaire;
- Des **communiqués de presse** sont régulièrement acheminés aux médias afin de faire connaître les nouveautés du CISSSMO ainsi que les bons coups de l'organisation;
- La population est invitée à participer aux **séances du conseil d'administration**. Un onglet spécifique sur le site Internet du CISSSMO au santemo.quebec permet d'avoir accès au calendrier de la prochaine séance à venir, à la liste des membres du conseil d'administration, aux ordres du jour et aux procès-verbaux des séances de même qu'au bulletin Zoom sur le CA, résumant les faits saillants des différentes séances publiques;
- De plus, le CISSSMO rend disponible son **journal électronique**, espaceCISSSMO.com, tant à son public interne, qu'à ses partenaires. Les lecteurs y retrouvent, entre autres, les nouveaux projets, les meilleures pratiques de l'établissement, les prix et distinctions reçus, etc.;
- Des **formulaires de satisfaction** sont également distribués à l'Hôpital du Suroît et à l'Hôpital Barrie Memorial. Ces formulaires permettent de connaître l'opinion des usagers sur les services qu'ils ont reçus.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest a à cœur l'opinion de ses usagers à l'égard des soins et des services prodigués dans son organisation. Les commentaires et les questionnements sont les bienvenus afin d'orienter nos actions et de bonifier notre offre de service axée, d'abord et avant tout, sur nos usagers.

LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

L'agrément

En lien avec l'amélioration continue de la qualité des services, le CISSSMO a assuré les suivis nécessaires pour le maintien des statuts d'agrément des anciennes composantes. Pour ce faire, les rapports de suivi ont été envoyés et acceptés par Agrément Canada. Ainsi, les anciennes composantes CSSS Jardins-Roussillon et CSSS du Suroît maintiennent leur statut Agréé, et l'ancienne composante CSSS Vaudreuil-Soulanges maintient le statut Agréé avec mention. Quant aux autres composantes, elles n'ont pas nécessité de rapport de suivi en 2015-2016.

L'organisation a également amorcé le processus de préparation en vue de la première visite du cycle d'agrément de 2015-2019 au CISSSMO, alors que la Direction des programmes Déficiences sera visitée à l'automne 2017.

Les visites ministérielles sur la qualité du milieu de vie

Le CISSSMO a aussi assuré la coordination des visites ministérielles de la qualité du milieu de vie, mandat antérieurement sous la responsabilité des agences de la santé et des services sociaux. Au cours de l'année, le MSSS a effectué trois processus de visites pour les centres d'hébergement, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RTF) dans les directions SAPA, Santé mentale et Dépendance. À la suite de ces visites, des plans d'amélioration ont été élaborés et transmis en suivi. Ces rapports ainsi que les plans d'amélioration sont disponibles au public au santemo.quebec.

Lieu visité	Date de la visite
Centre d'hébergement du Comté-de-Huntingdon	05-2015
Centre d'hébergement d'Ormstown	05-2015
Ressources non institutionnelles SAPA	08-2015
Centre d'hébergement de La Prairie	11-2015
Centre d'hébergement Cécile-Godin	11-2015
Ressources de type familial et ressources intermédiaires en santé mentale	03-2016

2.7 Application des mesures de contrôle

Un comité tactique sur les mesures de contrôle a été mis en place le 15 décembre 2015. Depuis ce jour, les membres du comité se rencontrent chaque mois afin d'harmoniser les pratiques et les outils cliniques en lien avec la poursuite d'objectifs menant à la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Les membres du comité ont également comme responsabilité d'évaluer le programme sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, en plus de mettre en place des modalités de surveillance.

La première modalité consiste à valider la pertinence de recourir à des mesures de contrôle et à vérifier qu'au moment de leur application, les procédures ont été respectées en tenant compte de l'ensemble de la démarche. Des audits de qualité seront effectués deux fois par année.

La deuxième modalité est de suivre l'évolution de la situation en regard de la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. La prévalence du nombre d'utilisateurs avec une mesure de contrôle sera relevée à chaque période financière.

Le CISSMO harmonise présentement ses méthodologies de collecte d'informations. C'est pourquoi les données sur l'application des mesures de contrôle ainsi que les commentaires qui y sont rattachés sont présentés par anciennes composantes, expliquant ainsi une certaine disparité dans la lecture des résultats observés.

$$\text{Prévalence} = \frac{\text{Nombre d'utilisateurs ayant eu une mesure de contrôle} \times \text{Nombre de jours de la période}}{\text{Nombre de jours présence de la période}}$$

Ancienne composante Vaudreuil-Soulanges

Centres d'hébergement totalisant 316 lits :

- Centre d'hébergement de Vaudreuil - 99 lits
- Centre d'hébergement Laurent Bergevin - 78 lits
- Centre d'hébergement et CLSC de Coteau-du-Lac - 75 lits
- Centre d'hébergement de Rigaud - 64 lits

Nombre de résidents porteurs de contentions physiques par période financière

2015-2016					
Période 1	Période 3	Période 6	Période 9	Période 13	Moyenne pour l'année
29%	30%	28%	27%	16%	27%

Une appropriation graduelle des principes encadrant l'utilisation des mesures de contrôle s'est exercée au cours des dernières années. La formation théorique et l'implantation des procédures dans la démarche ainsi que des rencontres interdisciplinaires ont permis la réévaluation et la prise en charge des résidents porteurs de contentions et un changement de pratiques.

2.7 Application des mesures de contrôle - suite

Ancienne composante Haut-Saint-Laurent

Centres d'hébergement totalisant 136 lits :

- Centre d'hébergement du comté de Huntingdon - 62 lits
- Centre d'hébergement d'Ormstown - 74 lits

Nombre de résidents porteurs de contentions physiques par période financière

2015-2016					
Période 1	Période 3	Période 6	Période 9	Période 13	Moyenne pour l'année
33 %	34 %	35 %	31 %	38 %	33 %

Une formation et une révision des processus seront effectuées au cours de la prochaine année afin de réduire l'utilisation des mesures de contrôle en centre d'hébergement et de mettre en place un système de compilation en centre hospitalier.

Hôpital Barrie Memorial

Notez qu'il n'y a pas de statistiques pour l'Hôpital Barrie Memorial.

Ancienne composante Jardins-Roussillon

Centres d'hébergement totalisant 317 lits :

- Centre d'hébergement de Châteauguay - 135 lits
- Centre d'hébergement de La Prairie - 124 lits
- Centre d'hébergement de Saint-Rémi - 58 lits

Nombre de résidents porteurs de contentions physiques par période financière

2015-2016					
Période 1	Période 3	Période 6	Période 9	Période 13	Moyenne pour l'année
13 %	20 %	17 %	15 %	15 %	16 %

De nombreux efforts ont été effectués durant la dernière année en lien avec la réduction de l'application des mesures de contrôle en centre d'hébergement et seront poursuivis au cours de la prochaine année.

2.7 Application des mesures de contrôle - suite

Hôpital Anna-Laberge

Nombre de plans d'interventions liés aux mesures de contrôle

2015-2016					
Période 1	Période 3	Période 6	Période 9	Période 13	Moyenne pour l'année
8 %	11 %	6 %	9 %	25 %	12 %

La formation et la sensibilisation auprès des équipes ont permis de maintenir de faibles taux liés aux mesures de contrôle. L'augmentation en période 13 est possiblement liée à une forte sensibilisation d'inscrire les plans d'interventions dans le logiciel informatique (Hélios).

Ancienne composante du Suroît

Centres d'hébergement totalisant 258 lits :

- Centre d'hébergement Cécile-Godin - 80 lits
- Centre d'hébergement Docteur-Aimé-Leduc - 178 lits

Nombre de résidents porteurs de contentions physiques par période financière

2015-2016					
Période 1	Période 3	Période 6	Période 9	Période 13	Moyenne pour l'année
N/A	15 %	15 %	11 %	12 %	14 %

Il n'y a pas de données pour la période 1, car l'information n'a pas été colligée au Centre d'hébergement Cécile-Godin. Des efforts seront poursuivis afin de réduire l'application des mesures de contrôle au cours de la prochaine année.

Hôpital du Suroît

Nombre d'usagers ayant eu une mesure de contrôle par période financière

2015-2016					
Période 1	Période 3	Période 6	Période 9	Période 13	Moyenne pour l'année
1 %	2 %	0,5 %	4 %	1 %	2 %

La majorité des mesures de contrôle a été appliquée en psychiatrie, à l'unité de débordement et à l'urgence; 141 en psychiatrie, 114 sur l'unité de débordement et 51 à l'urgence. Des mesures seront mises en place afin d'assurer le suivi de cette donnée, particulièrement sur les unités de soins.

2.7 Application des mesures de contrôle - suite

Ancienne composante SRSOR

2015-2016	DI	TSA	TOTAL
Nombre d'usagers ayant eu une contention planifiée	28	14	42
Nombre d'usagers desservis	1 160	1 501	2 661
% d'usagers ayant eu une recommandation de contention	2,4 %	0,9 %	1,6 %

En 2015-2016, 42 usagers ont eu une ou plusieurs mesures de contrôle planifiées, alors qu'au 31 mars 2016, 32 ont été comptabilisées. Ainsi, on observe que plus de la moitié des applications des mesures de contrôle concernent les résidences à assistance continue. Enfin, les contentions physiques instrumentales ainsi que l'isolement sont les mesures de contrôle les plus fréquemment utilisées (40 %).

Ancienne composante CRDITEDME

2015-2016	INTERNAT	Résidence à assistance continue (RAC)	Autres usagers	TOTAL pour l'ensemble du CRDITEDME incluant tous les usagers
Nombre d'usagers ayant eu une contention planifiée	21	44	19	84
Nombre d'usagers desservis	26	91	3 710	3 827
% d'usagers ayant eu une recommandation de contention	81 %	48 %	0,5 %	2 %

La presque totalité des mesures de contrôle planifiées a été appliquée dans les résidences spécialisées où séjournent des usagers ayant des troubles graves du comportement, des troubles du comportement ou des comportements antisociaux nécessitant ce type d'encadrement.

Ancienne composante Centre montérégien de réadaptation

2015-2016	Réadaptation externe	Écoles spécialisées	Ressources résidentielles	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive	TOTAL
Nombre d'usagers ayant eu une contention planifiée	18	55	7	7	87
Nombre d'usagers desservis	7 366	470	37	254	8 127
% d'usagers ayant eu une recommandation de contention	0,2 %	11,7 %	18,9 %	2,8 %	1,1 %

Le tableau qui précède présente le taux d'usagers desservis pour lesquels au moins une mesure de contrôle a été planifiée. Ce taux est plus élevé chez les usagers présentant une multidéficience, dont ceux en ressources résidentielles (18,9 %) et dans les écoles spécialisées (11,7 %). Globalement, le taux d'application des mesures de contrôle est de 1,1 % pour l'ensemble de la clientèle desservie.

2.8 Déclaration d'incidents ou d'accidents

Malgré le contexte de transformation, maintenir des soins et des services de grande qualité et sécuritaires demeure une priorité. Pour ce faire, des rencontres de sensibilisation ont eu lieu avec les nouveaux gestionnaires des différentes directions du CISSMO afin de réitérer l'importance de respecter les processus existants en gestion des risques et de la qualité et d'en assurer la continuité.

Dans cette perspective, le CISSMO a assuré le suivi des événements indésirables et a soutenu les gestionnaires quant à la coordination de l'analyse des événements sentinelles survenus en cours d'année.

L'harmonisation des processus d'identification des risques et le soutien aux équipes qualité sont parmi les priorités du CISSMO pour l'année 2016-2017, afin d'assurer une standardisation et une compréhension commune au sein de l'organisation.

Il y a eu un total de 19 916 déclarations d'incidents et d'accidents en 2015-2016, par rapport à 20 074 en 2014-2015, soit une réduction d'environ 0,8%.

Total des événements déclarés pour le CISSMO par anciennes composantes										
	Vaudreuil-Soulanges	Suroît	Jardins-Roussillon	Haut-Saint-Laurent	CRD Le Virage	CRD Foster	CRDITED-ME	SRSOR	CMR	Total CISSMO
2015-2016	3 442	3 765	6 641	1 114	74	72	3 072	1 493	243	19 916
2014-2015	3 241	3 939	6 648	1 088	90	86	3 249	1 430	303	20 074

Parmi les 19 916 événements déclarés, on constate que 82 % n'ont eu aucune conséquence, comparativement à 81 % l'année précédente.

	2015-2016		2014-2015	
	Nombre	%	Nombre	%
Incident	1 555	8	1 964	10
Accident sans conséquence	14 709	74	14 235	71
Accident avec conséquences	3 652	18	3 875	19
TOTAL	19 916	100	20 074	100

On constate également qu'en 2015-2016, les chutes comptent pour 36 % du total des événements déclarés, comparativement à 34 % en 2014-2015. Les événements liés à la gestion des médicaments composent 25 % des événements durant les deux années.

2.9 Recommandations du coroner

Au cours de l'année 2015-2016, l'organisation a fait l'objet de recommandations contenues dans trois rapports du coroner. Dans un esprit d'amélioration continue de la qualité, des mesures correctives ont été et continuent d'être mises en place afin de réduire les risques de récurrence.

Dans la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance, une révision des procédures en cas de fugue a été réalisée, et ce, afin de prévenir les fugues. Ainsi, les modalités de collaboration avec les partenaires de la communauté seront renforcées. De plus, des formations seront organisées pour les responsables des ressources non institutionnelles.

Le second rapport du coroner fait suite à une complication survenue dans une des salles d'urgence du CISSSMO. L'établissement a procédé, entre autres, à une révision des procédures de transferts interhospitaliers afin d'assurer la continuité des soins, ainsi qu'une révision des processus de triage à l'urgence.

Le troisième rapport vise les services alimentaires dans le secteur d'hébergement. Les mesures correctives incluront la révision des processus de communication entre les membres de l'équipe soignante afin de s'assurer que les consignes aux plans d'interventions soient connues et respectées pour ainsi éviter les problèmes liés aux obstructions des voies respiratoires.

2.10 Service de prévention et contrôle des infections

Le Service de prévention et contrôle des infections (PCI) a comme rôle la surveillance des infections nosocomiales dans l'ensemble du CISSSMO, en plus de contribuer activement à la qualité et à la sécurité des soins. Au cours de l'année 2015-2016, le Service de PCI a amorcé une réflexion concernant les travaux d'harmonisation des pratiques afin d'uniformiser le travail dans l'ensemble de l'établissement.

Maintien des activités courantes en PCI

Surveillance et contrôle des infections nosocomiales :

- surveillances obligatoires, régionales et locales adaptées selon les épidémiologies locales;
- gestion des éclosions;
- consultations cliniques pour l'application des isolements et des interventions auprès des usagers et des employés;
- audits sur l'hygiène des mains, audits environnementaux ainsi que sur les bonnes pratiques en PCI.

Interventions ciblées et recommandations :

- choix d'équipements répondant aux recommandations de la PCI;
- poursuite des activités afin d'éliminer les « zones grises » concernant le nettoyage et la désinfection de l'environnement et du matériel de soins;
- implication dans les travaux de construction, rénovation et réfection au sein du CISSSMO;
- rédaction de politiques, de procédures et de recommandations sur l'application des mesures de PCI nosocomiales ou lors d'éclosions d'infections nosocomiales;
- élaboration de plans d'action spécifiques selon l'épidémiologie locale;
- réalisation d'une **campagne sur l'hygiène des mains afin de sensibiliser les travailleurs de la santé et des services sociaux** ayant pour thème « Sauvons Yvette et Jacques »;

- poursuite des activités en lien avec la campagne de soins sécuritaires;
- participation à divers comités.

Mentionnons également qu'une formation est offerte lors de l'accueil des nouveaux employés de même que de façon continue sur les bonnes pratiques en PCI. Aussi, diverses formations sont offertes lorsque surgit une problématique dans un milieu (éclosion, nouvelle pratique, augmentation d'un type d'infection, etc.).



Affiches diffusées dans le cadre de la campagne sur l'hygiène des mains à l'automne 2015.

2.11 Nombre de mises sous garde

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

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

- nombre de mises sous garde préventive ou provisoire : **471**;
- nombre de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil : **33***;
- nombre de demandes de mises sous garde présentées au tribunal par l'établissement : **36***;
- nombre d'usagers différents visés par une mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée : **133**.

* Le Service des affaires juridiques a commencé sa prise en charge des mises sous garde en établissement en janvier 2016. Pour cette raison, les présentes données sont incomplètes et couvrent uniquement la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2016.

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

Rapport du directeur général au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie (Loi 2, Chapitre III, art. 8)

Exercice du 10 décembre 2015 au 31 mars 2016

Activité	Information demandée	Site ou installation			
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 10 décembre 2015 au 31 mars 2016. Informations complémentaires : Source = Hélios	90			
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 10 décembre 2015 au 31 mars 2016. Informations complémentaires : Source = Gestred 514		34		
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 20 décembre 2015 au 31 mars 2016. Informations complémentaires : Source = Gestred 514			264	
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 10 décembre 2015 au 31 mars 2016. Informations complémentaires : Source = Gestred 514				68
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	3			
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	1			
	Nombre d'aide médicale à mourir administrées	1			
	Nombre d'aide médicale à mourir non administrées et les motifs Informations complémentaires : form déclara mais non administré indiqué motif	0			



3. États financiers résumés

3.1 Rapport de la direction sur les états financiers

Les états financiers du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CISSSMO reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton, dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit, ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Président-directeur général,



Yves Masse

Directrice intérimaire
des ressources financières,



Céline Rouleau

3.2 Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2016 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en oeuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2016. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2016 et 2015 n'ont pas été déterminées.

3.2 Rapport de l'auditeur indépendant - suite

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

De plus, le rapport de l'auditeur sur les états financiers audités comporte un paragraphe d'autre point indiquant que, sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes interétablissements, des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existant avant la création du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest et à partir desquels a été créé le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. Nous n'avons pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 14 juin 2016, contenait un paragraphe dans lequel nous attirons l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.*¹

Montréal,
Le 14 juin 2016

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique no A111208

3.3 Résultats financiers

État des résultats

(exercice terminé le 31 mars 2016)

	BUDGET	EXPLOITATION		IMMOBILISATIONS	TOTAL	
		Activités principales	Activités accessoires		Exercice courant	Exercice précédent (non audité)
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
REVENUS						
Subventions MSSS	625 480 077	630 298 201	2 330 370	23 901 806	656 530 377	655 202 827
Contributions des usagers	53 253 584	54 471 901	XXXX	XXXX	54 471 901	52 640 985
Ventes de services et recouvrements	8 025 676	8 930 135	XXXX	XXXX	8 930 135	9 614 614
Donations	656 569	295 769	64 806	2 500 441	2 861 016	2 807 146
Revenus de placement	283 975	264 278	1 690	261	266 229	327 400
Revenus de type commercial	2 650 802	XXXX	2 454 284	—	2 454 284	2 325 220
Gain sur disposition	—	—	—	—	—	83 834
Autres revenus	13 999 611	856 533	14 894 697	121 375	15 872 605	15 853 090
TOTAL	704 350 294	695 116 817	19 745 847	26 523 883	741 386 547	738 855 116
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	464 078 891	468 069 365	8 435 193	XXXX	476 504 558	472 541 593
Médicaments	14 237 442	15 762 658	XXXX	XXXX	15 762 658	14 565 738
Produits sanguins	7 318 840	7 806 726	XXXX	XXXX	7 806 726	7 076 460
Fournitures médicales et chirurgicales	16 763 419	19 949 507	XXXX	XXXX	19 949 507	17 512 712
Denrées alimentaires	4 958 290	5 051 259	XXXX	XXXX	5 051 259	4 995 050
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	84 735 202	83 464 375	XXXX	XXXX	83 464 375	81 366 824
Frais financiers	88 375	68 086	XXXX	4 584 864	4 652 950	4 713 909
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	5 528 013	7 258 979	351 117	1 520 733	9 130 829	7 684 173
Créances douteuses	50 000	38 353	—	XXXX	38 353	264 044
Loyers	20 260 312	19 059 068	470 325	XXXX	19 529 393	17 971 030
Amortissement des immobilisations	—	—	—	19 572 159	19 572 159	20 650 314
Perte sur disposition d'immobilisations	—	—	—	364 461	364 461	12 828
Dépenses de transfert	—	1 195 471	—	XXXX	1 195 471	812 107
Autres charges	87 237 670	69 063 006	8 812 959	—	77 875 965	90 472 671
TOTAL	705 256 454	696 786 853	18 069 594	26 042 217	740 898 664	740 639 453
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(906 160)	(1 670 036)	1 676 253	481 666	487 883	(1 784 337)

3.3 Résultats financiers - suite

État des surplus (déficits) cumulés

(exercice terminé le 31 mars 2016)

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation \$	Immobilisations \$	Exercice courant \$	Exercice précédent (non audité) \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(9 034 380)	12 634 471	3 600 091	5 384 428
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	(545 874)	—	(545 874)	—
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	(9 580 254)	12 634 471	3 054 217	5 384 428
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	6 217	481 666	487 883	(1 784 337)
Autres variations :				
Transferts interfonds	399 075	(399 075)	—	—
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS	399 075	(399 075)	—	—
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	(9 174 962)	12 717 062	3 542 100	3 600 091
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine externe	XXXX	XXXX	—	545 874
Affectations d'origine interne	XXXX	XXXX	4 125 045	—
SOLDE NON AFFECTÉ	XXXX	XXXX	(582 945)	3 054 217
TOTAL	XXXX	XXXX	3 542 100	3 600 091

3.3 Résultats financiers - suite

État de la situation financière

(exercice terminé le 31 mars 2016)

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent (non audité)
	\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert bancaire)	26 980 634	323 101	27 303 735	27 095 977
Placements temporaires	960 992	—	960 992	8 040 832
Débiteurs - MSSS	13 444 194	1 138 585	14 582 779	16 638 371
Autres débiteurs	14 883 527	348 274	15 231 801	13 227 719
Créances interfonds (dettes interfonds)	3 475 864	(3 475 864)	—	—
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	43 199 011	38 492 845	81 691 856	74 955 190
Frais reportés liés aux dettes	—	589 792	589 792	520 501
Autres éléments	1 358 142	—	1 358 142	1 156 248
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	104 302 364	37 416 733	141 719 097	141 634 838
PASSIFS				
Emprunts temporaires	3 000 000	2 964 977	5 964 977	18 378 423
Autres créditeurs et autres charges à payer	63 329 816	1 007 951	64 337 767	70 340 988
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	XXXX	15 591 640	15 591 640	17 756 946
Intérêts courus à payer	—	1 139 287	1 139 287	1 114 812
Revenus reportés	1 788 709	15 528 556	17 317 265	17 582 668
Dettes à long terme	XXXX	168 467 186	168 467 186	144 409 433
Passif au titre des sites contaminés	XXXX	586 475	586 475	579 717
Passif au titre des avantages sociaux futurs	54 546 190	XXXX	54 546 190	54 936 657
Autres éléments	999 635	699 151	1 698 786	1 470 374
TOTAL DES PASSIFS	123 664 350	205 985 223	329 649 573	326 570 018
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(19 361 986)	(168 568 490)	(187 930 476)	(184 935 180)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	XXXX	181 285 552	181 285 552	178 007 094
Stocks de fournitures	8 210 229	XXXX	8 210 229	7 524 189
Frais payés d'avance	1 976 795	—	1 976 795	2 458 114
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	10 187 024	181 285 552	191 472 576	187 989 397
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(9 174 962)	12 717 062	3 542 100	3 054 217

3.3 Résultats financiers - suite

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

(exercice terminé le 31 mars 2016)

	BUDGET	FONDS		TOTAL	
		Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent (non audité)
	\$	\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)					
AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(89 470 708)	(19 016 687)	(165 372 619)	(184 389 306)	(165 368 622)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	—	(545 874)	—	(545 874)	—
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)					
AU DÉBUT REDRESSÉ	(89 470 708)	(19 562 561)	(165 372 619)	(184 935 180)	(165 368 622)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	—	6 217	481 666	487 883	(1 784 337)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	—	XXXX	(23 215 078)	(23 215 078)	(37 716 016)
Amortissement de l'exercice	—	XXXX	19 572 159	19 572 159	20 650 314
(Gain)/Perte sur dispositions	—	XXXX	364 461	364 461	(71 006)
Produits de dispositions	—	XXXX	—	—	87 084
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	—	—	(3 278 458)	(3 278 458)	(17 049 624)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE :					
Acquisition de stocks de fournitures	—	(686 040)	XXXX	(686 040)	(3 912 490)
Acquisition de frais payés d'avance	—	481 319	—	481 319	(311 217)
Utilisation de stocks de fournitures	—	—	XXXX	—	3 546 695
Utilisation de frais payés d'avance	—	—	—	—	490 289
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	—	(204 721)	—	(204 721)	(186 723)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	—	399 075	(399 075)	—	—
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	—	200 571	(3 195 867)	(2 995 296)	(19 020 684)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(89 470 708)	(19 361 990)	(168 568 486)	(187 930 476)	(184 389 306)

3.3 Résultats financiers - suite

État des flux de trésorerie

(exercice terminé le 31 mars 2016)

	Exercice courant \$	Exercice précédent (non audité) \$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	487 883	(1 784 337)
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE :		
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	—	77 144
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	(204 721)	(186 723)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisation	364 461	(71 006)
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(2 500 441)	(1 493 648)
Amortissement des immobilisations	19 572 159	20 650 314
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	111 087	48 991
Subventions MSSS	(6 779 084)	(9 577 662)
Autres	—	(799 414)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	10 563 461	8 647 996
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	(9 226 391)	30 842 902
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	1 824 953	37 706 561
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	(21 438 585)	(37 604 145)
Produits de disposition d'immobilisations	—	87 084
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	(21 438 585)	(37 517 061)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	7 096 975	(398 321)
Placements de portefeuille effectués	—	(106 403)
Placements de portefeuille réalisés	1 015 545	—
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT	8 112 520	(504 724)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Dettes à long terme - Emprunts effectués	35 571 423	46 046 409
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	(11 513 670)	(28 781 261)
Variation des emprunts temporaires - Fonds d'exploitation	1 931 603	(12 245 340)
Emprunts temporaires effectués - Fonds d'immobilisations	22 729 657	44 368 767
Emprunts temporaires remboursés - Fonds d'immobilisations	(37 074 706)	(38 991 704)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	—	(418 434)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	11 644 307	9 978 437
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	143 195	9 663 213
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	27 160 540	17 497 327
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	27 303 735	27 160 540
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
ENCAISSE	27 303 735	27 160 540

(Suite à la page 65)

3.3 Résultats financiers - suite

État des flux de trésorerie (suite de la page 64)

(exercice terminé le 31 mars 2016)

	Exercice courant \$	Exercice précédent (non audité) \$
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT		
Débiteurs - MSSS	2 055 592	18 342 656
Autres débiteurs	(2 004 083)	(632 170)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	42 418	239 875
Frais reportés liés aux dettes	(69 291)	(165 269)
Autres éléments d'actifs	(198 979)	(163 903)
Autres créditeurs et autres charges à payer	(6 029 754)	7 650 580
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	(2 165 306)	4 089 185
Intérêts courus à payer	24 475	157 834
Revenus reportés	(726 166)	(558 980)
Passif au titre des sites contaminés	6 758	5 242
Passif au titre des avantages sociaux futurs	(390 467)	185 264
Autres éléments de passifs	228 412	1 692 588
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	(9 226 391)	30 842 902
AUTRES RENSEIGNEMENTS :		
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	(1 776 493)	1 748 607
Intérêts :		
Intérêts créditeurs (revenus)	4 056 301	1 954 154
Intérêts encaissés (revenus)	4 031 507	1 734 876
Intérêts débiteurs (dépenses)	4 473 777	2 301 652
Intérêts déboursés (dépenses)	4 448 983	1 801 471

3.3 Résultats financiers - suite

Notes aux états financiers - exercice terminé le 31 mars 2016

1. Constitution et mission

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (ci-après désigné par l'établissement), est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) le 1^{er} avril 2015.

L'établissement est issu du regroupement du CSSS Jardins-Roussillon, du CSSS du Suroît, du CSSS du Haut-Saint-Laurent, du CSSS de Vaudreuil-Soulanges, du CRDITED de la Montérégie-Est, des SRSOR, du Centre montréalais de réadaptation, du CRD Le Virage et du CRD Foster à la suite de l'entrée en vigueur 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 0-7.2), le 1^{er} avril 2015. Il jouit de tous leurs droits, a acquis tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous leurs actifs et passifs, ainsi que tous leurs droits et obligations qui s'y rattachaient, ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers. Les données comparatives au 31 mars 2015 représentent le cumul de leurs activités, après élimination des opérations entre les entités fusionnées. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, celles-ci ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cependant, elles n'ont pas été auditées.

Il a pour mandat de promouvoir, de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire du réseau intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest et d'offrir des services de santé et des services sociaux dans la communauté et en milieu hospitalier ainsi qu'en milieu de vie en hébergement.

Le siège social de l'établissement est situé au 200, boulevard Brisebois, Châteauguay (Québec) J6K 4W8. Les points de service sont répartis dans 132 installations sur l'ensemble du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

2. Principales méthodes comptables

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

3.3 Résultats financiers - suite

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-dessus.

b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la juste valeur des placements, la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir - réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

c. État des gains et pertes de réévaluation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même Loi.

L'établissement ne détient aucun élément comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères.

d. Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

e. Périmètre comptable et méthodes de consolidation

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie.

La description des biens détenus en fiducie gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

3.3 Résultats financiers - suite

f. Autres méthodes

i. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, au passif au titre des sites contaminés, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

ii. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- **Activités principales** : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- **Activités accessoires** : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

3. Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2016, l'établissement a respecté cette obligation légale.

4. Autres débiteurs

La nature des autres débiteurs est précisée à la page 630-00 du rapport financier annuel AS-471.

5. Autres éléments d'actifs

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00 du rapport financier annuel AS-471.

3.3 Résultats financiers - suite

6. Emprunts temporaires

Les avances de fonds et les emprunts temporaires financent à court terme les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements.

	Exercice courant	Exercice précédent
Avances de fonds portant intérêts à un taux flottant et évoluant en fonction des autorisations ministérielles	15 591 640 \$	17 756 946 \$
Billet au pair portant intérêts à un taux flottant et évoluant en fonction des autorisations ministérielles	2 964 977 \$	17 310 026 \$
Total	18 556 617 \$	35 066 972 \$

7. Autres créditeurs

La nature des autres créditeurs est précisée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

8. Passif au titre des sites contaminés

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain faisant l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite d'une probable fuite d'un réservoir au mazout, la présence d'un garage mécanique et d'évènements imprévus.

À cet égard, un montant de 586 475\$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2016 (579 717\$ au 31 mars 2015). Ce montant est basé sur des études de caractérisation.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

9. Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Pour les provisions relatives aux congés de maladie - années courantes et de vacances	Exercice courant	Exercice précédent
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,5%	0%
Inflation	0%	1%
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43%	9,43%
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65%	8,65%

3.3 Résultats financiers - suite

	Exercice courant			Exercice précédent	
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	45 421 070 \$	33 657 026 \$	33 346 081 \$	45 732 015 \$	45 421 070 \$
Assurance salaire	7 300 892 \$	14 144 011 \$	14 555 149 \$	6 889 754 \$	7 300 892 \$
Provision pour maladie	1 532 897 \$	12 998 818 \$	12 953 344 \$	1 578 371 \$	1 532 897 \$
Droits parentaux	500 971 \$	1 741 422 \$	1 908 797 \$	333 596 \$	500 971 \$
Allocation retention hors-cadre	131 693 \$	281 031 \$	412 724 \$	– \$	131 693 \$
Provision banque maladie gelée	49 134 \$	212 512 \$	249 192 \$	12 454 \$	49 134 \$
TOTAL	54 936 657 \$	63 034 820 \$	63 425 287 \$	54 546 190 \$	54 936 657 \$

10. Autres éléments de passifs

La nature des autres éléments de passifs est précisée aux pages 361-00 et 401-00 du rapport financier annuel AS-471.

11. Immobilisations corporelles

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé, la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.

12. Affectations

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées aux pages 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

13. Opérations avec des parties apparentées

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

3.3 Résultats financiers - suite

14. Biens détenus à titre de fiduciaire

À titre de fiduciaire, l'établissement administre les biens suivants au profit des bénéficiaires. L'établissement gère gratuitement, pour les bénéficiaires qui l'autorisent, une petite caisse pour eux afin de faciliter l'accès à différents services non couverts par le loyer, tels que la coiffure, les soins des pieds, les activités, les sorties, etc.

Une description de biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du AS-471.

15. Chiffres comparatifs

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

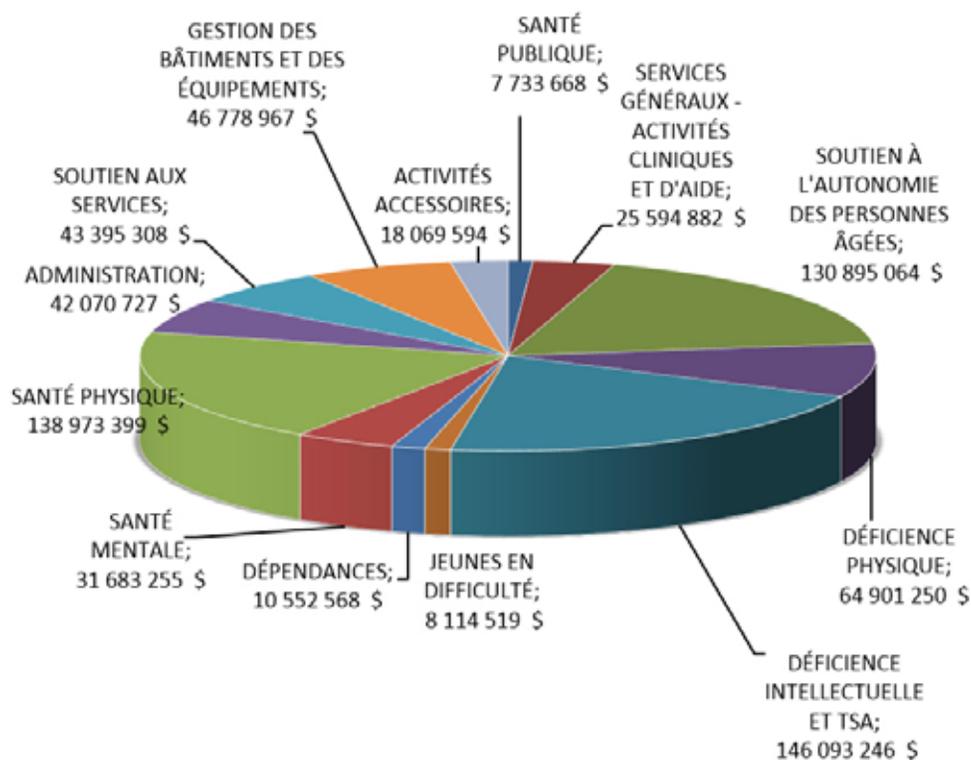
Les notes aux états financiers apparaissant dans ce rapport annuel représentent un extrait des notes les plus significatives du rapport financier annuel AS-471. L'intégralité des notes peuvent être consultées en accédant au rapport financier complet disponible sur le site internet du CISSSMO.

3.3 Résultats financiers - suite

Répartition par programme des dépenses du fonds d'exploitation - Activités principales (non audité)

(exercice terminé le 31 mars 2016)

Programmes	\$	%
Santé publique	7 733 668	1,1
Services généraux - activités cliniques et d'aide	25 594 882	3,7
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	130 895 064	18,3
Déficience physique	64 901 250	9,1
Déficience intellectuelle et TSA	146 093 246	20,4
Jeunes en difficulté	8 114 519	1,1
Dépendances	10 552 568	1,5
Santé mentale	31 683 255	4,4
Santé physique	138 973 399	19,4
Administration	42 070 727	5,9
Soutien aux services	43 395 308	6,1
Gestion des bâtiments et des équipements	46 778 967	6,5
Activités accessoires	18 069 594	2,5
TOTAL	714 856 447	100



3.4 Fondations du CISSSMO

Le CISSSMO compte sur la précieuse collaboration de dix-huit fondations impliquées activement afin de soutenir l'organisation ainsi que les clientèles desservies et leurs proches. Cette contribution se traduit par un ensemble de mesures de soutien pouvant prendre diverses formes comme par exemple le financement d'activités de répit, la participation à des projets de recherches, l'achat d'équipements spécialisés ou encore le financement de projets majeurs. L'établissement peut également compter sur un ensemble de propriétés immobilières mise à sa disposition par ses fondations pour offrir des services diversifiés à sa clientèle. La participation des fondations a comme objectif premier d'assurer une réponse aux besoins de la population de la Montérégie en favorisant le développement de services et en offrant du soutien financier aux clientèles les plus démunies.

Au cours de l'exercice 2015-2016, les sommes versées par les fondations associées au CISSSMO ont atteint un montant de 1,1 millions de dollars. Ces montants ont été versés sous forme de contributions directes à l'établissement pour le développement de services et l'achat d'équipements (0,8 M\$) et sous forme de contributions indirectes par des mesures de soutien aux diverses clientèles de l'établissement et à leur proche (0,3 M\$). Il est à noter que des plusieurs fondations se sont également engagées à participer à des projets majeurs d'investissements s'échelonnant sur plusieurs années par lesquels des équipements de haute technologie pourront être acquis ou encore des offres de service seront développées.

Ce soutien des fondations demeure pour le nouveau CISSSMO un levier majeur et un outil essentiel afin de pouvoir maintenir et développer des services adaptés aux besoins de l'ensemble des clientèles sur son territoire. Dans cet esprit, l'établissement continuera, au cours de la prochaine année, à travailler étroitement avec l'ensemble des fondations.

3.5 Équilibre budgétaire

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

Au cours de l'exercice financier 2015-2016, l'établissement s'est conformé à cette exigence en dégageant un surplus global de 487 883\$ composé d'un surplus de 6 217\$ à son fonds d'exploitation et un surplus de 481 666\$ à son fonds d'immobilisations.

3.6 Contrats de service

Vous trouverez, ci-dessous les contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique¹	0	
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique²	132	32 695 804 \$
Total des contrats de service	132	32 695 804 \$

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

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

3.7 État du suivi des réserves

Signification des codes

Colonne 3 - Nature

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6 et 7 - État de la problématique

R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Tel qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés, il s'agit plutôt de contrats location-acquisition (CSSS Jardins-Roussillon, CSSS Vaudreuil-Soulanges, CRDITED de la Montérégie-Est, CSSS Haut-Saint-Laurent, CMR).	2011-12	R	Aucune mesure n'a été prise compte tenu que c'est une exigence du MSSS.			X
L'établissement n'a pas indexé (2%) le prix des repas pour la cafétéria pour les employés (CSSS du Suroît).	2014-15	O	L'augmentation de 2% n'a pas été appliquée.	X		
L'établissement, en vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001) n'a pas atteint l'équilibre budgétaire au cours de l'exercice 2014-2015 (CSSS du Suroît).	2014-15	O		X		
Comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme CPA Canada SP3410 - Paiement de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité, mais non assorti de stipulation doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints (CRDITED de la Montérégie-Est).	2013-14	R	Cette situation s'applique à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Le correctif ne peut être établi au prix d'un effort raisonnable.	X		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'audit des unités de mesure « La procédure pondérée » et « La procédure » pour le sous-centre d'activité « 6606 - Centre de prélèvement » n'a pu être effectué en raison de l'absence de pistes d'audit (CSSS Vaudreuil-Soulanges).	2011-12	R	La procédure est bien compilée. Par contre, l'établissement verra à préciser les différents types de procédures pour faire la pondération.	X		
L'unité de mesure « L'utilisateur » pour le centre d'activité « 4120 – Habitudes de vie et maladies chroniques » n'est pas compilée adéquatement (CSSS Vaudreuil-Soulanges).	2013-14	R		X		
L'audit des unités de mesure « La moyenne d'utilisateurs suivis » et « L'utilisateur » pour le sous-centre d'activité « 5942 – Soutien d'intensité variable » n'a pu être effectué en raison de l'absence de piste d'audit. (CSSS Vaudreuil-Soulanges).	2013-14	R	Les informations ont été obtenues de l'organisme externe, mais aucun document support n'a été fournis. Ils seront obtenus pour l'exercice 2015-2016.			X

3.7 État du suivi des réserves - suite

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées - suite						
L'unité de mesure « L'utilisateur » pour le sous-centre d'activité « 6806 – Pharmacie en CLSC » n'est pas compilée (CSSS Vaudreuil-Soulanges).	2013-14	R	Les personnes concernées ont été informées et compileront l'unité en 2015-2016.			X
L'unité de mesure « L'utilisateur » pour le « centre d'activité » 6565 – Services sociaux n'a pu être audité, car nous ne pouvions pas valider l'intégralité des données compilées (CSSS du Haut-Saint-Laurent).	2011-12	R	Le gestionnaire a été avisé.	X		
L'unité de mesure « L'unité technique provincial » pour le centre d'activités 6350 – Inhalothérapie n'a pu être audité, car nous ne pouvions pas valider l'intégralité des données compilées (CSSS Haut-Saint-Laurent).	2014-15	R	Le gestionnaire a été avisé.			X
L'unité de mesure « Le départ ou le transfert » pour le centre d'activités 7646 – Hygiène et salubrité – désinfection, suite à des départs ou des transferts, n'est pas compilée (CSSS du Haut-Saint-Laurent).	2014-15	R	Le gestionnaire a été avisé.	X		
L'unité de mesure « L'intervention et l'activité ponctuelle de groupe normalisée » pour le centre d'activités 4114 – Développement, adaptation et intégration sociale jeunes (6 -17 ans) et leur famille n'est pas compilée (CSSS du Haut-Saint-Laurent).	2014-15	R	Le gestionnaire a été avisé.	X		
L'unité de mesure « Le retraitement pondéré » pour le centre d'activités 6322 – Unité de retraitement des dispositifs médicaux (CLSC – CH) n'est pas compilée adéquatement. En effet, lors de l'audit, des erreurs de calcul ont été décelées.	2011-12	R	Le gestionnaire a été avisé. Une attention particulière sera portée pour la compilation des résultats.		X	
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Au cours de l'exercice, l'établissement a comptabilisé aux activités accessoires une somme de 26 381 \$ dans le cadre d'avantages financiers accordés aux médecins, ce qui est non conforme à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cependant, ces charges ont été comptabilisées à titre de charges extraordinaires conformément au Manuel de gestion financière (CSSS Jardins-Rousillon).	2011-12	C	Le versement de ces avantages est engendré par l'absence d'entente pour la rémunération des activités de télésurveillance dans le cadre de notre programme de suivi clinique intelligent à distance (toujours en attente).			X
Vos travaux d'audit vous ont-ils permis d'identifier, de relever ou de détecter des déficiences du contrôle interne? Si oui, préciser les éléments à la page 123 par le biais de la colonne notes. L'auditeur indépendant ne peut répondre « N/A » à cette question (CSSS du Suroît).	2012-13	C	Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès dans les systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de se séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du cadre global de gestion. (Espresso et MédiAccès)			X
Accès privilégiés aux systèmes. Certains administrateurs réseau (domaine Windows) et de l'application GRM, possèdent plusieurs comptes leur étant assignés. Nous avons observé que le compte par défaut « Administrator », ayant des accès privilégiés au réseau (domaine Windows), n'a pas été renommé.	2014-15	O				X

3.7 État du suivi des réserves - suite

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe) - suite						
Retrait des accès à l'application GRH-PAIE; Sur un échantillon de quinze employés ayant quittés durant la période audité, nous avons noté que huit employés ont eu leur accès désactivés plus d'une semaine après leur départ (CMR).	2014-15	O				X
Révision périodique des accès; Aucune révision périodique des accès aux applications GRF et GRF-Paie ainsi qu'aux accès réseau n'est effectuée pour s'assurer de la pertinence de l'accès aux applications (CMR).	2014-15	O				X
Paramètre de sécurité; Les paramètres de sécurité logique des applications comportent des lacunes qui pourraient engendrer des actions non autorisées pouvant avoir une incidence sur l'information financière : Pour Espresso GRF et GRH-PAIE, les mots de passe n'ont pas d'exigence de complexité due à une limitation de l'application. Les journaux des événements ne sont pas activés pour la base de données Oracle (CMR).	2014-15	O				X
Modification des programmes. Il n'y a pas de procédure de gestion des changements aux applications et systèmes informatiques. De plus, les tests d'acceptation des mises en production ne sont pas systématiquement documentés (CMR).	2014-15	O				X
Les frais de représentation du directeur général devraient être approuvés par le comité d'audit (CRD Le Virage).	2013-14	O	À compter de 2014-2015 les frais de représentation du directeur général ont été approuvés par le comité d'audit.	X		
Rapport à la gouvernance						
Stocks : Prendre les moyens d'avoir une séparation de tâches adéquate ou sinon mettre en place un point de contrôle pour éviter le détournement d'actifs, car ce sont les mêmes employés qui prélèvent les commandes à l'aide de leur lecteur de codes à barres et qui préparent et livrent les commandes (CSSS Jardins-Roussillon).	2011-2012	C	Pour les articles dans les carrousels, ce sont maintenant deux employés différents qui font le travail. Pour les articles sur les tablettes, une nouvelle organisation du travail est à mettre en place avec l'implantation d'une technologie sans fil qui permettrait de transférer immédiatement l'information des unités ou services vers le magasin où un autre employé pourrait préparer la commande.	X		
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès dans les systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne leur permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion (GRF et Paie) (CSSS Jardins-Roussillon).	2011-2012	C	Les pilotes attribuent des droits d'accès à la suite d'une confirmation par le supérieur immédiat par courriel. Par ailleurs, un plan d'action sera fait et mis en place par le comité de sécurité des actifs informationnels en 2015-2016.			X

3.7 État du suivi des réserves - suite

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport à la gouvernance - suite						
Les mots de passe des applications financières sont maintenant changés aux 90 jours. Par contre, ceci n'est pas en place pour le contrôleur de domaine, comme exigé à la mesure 4.2.2 du Cadre global de gestion (CSSS Jardins-Roussillon).	2011-12	O	Une mise à jour de la gestion des mots de passe Windows sera planifiée. Considérant la configuration actuelle, ce projet a un niveau de complexité élevé. Une analyse sera effectuée pour définir un plan d'action et un échéancier.			X
Les mots de passe des applications financières sont maintenant de 8 caractères. Par contre, ceci n'est pas en place pour le contrôleur de domaine comme exigé à la mesure 4.2.2 du Cadre globale de gestion (CSSS Jardins-Roussillon).	2011-12	O	Ce volet sera traité par le comité de sécurité des actifs informationnels en 2015-2016.			X
Les systèmes ne requièrent pas la sélection d'un mot de passe complexe, ce qui ne permet pas de rencontrer les exigences stipulées à la mesure 4.2.2 du Cadre global de gestion (Système d'exploitation, GRF et Paie) (CSSS Jardins-Roussillon).	2011-12	O	Les systèmes Logibec ne permettent pas, pour le moment, d'appliquer cette mesure. Le volet du système d'exploitation sera traité par le comité de sécurité des actifs informationnels en 2015-2016.			X
Après une période d'inactivité d'au plus une heure, le système ne redemande pas automatiquement le mot de passe ou ne met pas un terme à la session de travail, tel qu'exigé à la mesure 4.2.2 du Cadre globale de gestion (Système d'exploitation) (CSSS Jardins-Roussillon).	2011-12	O	Les systèmes Logibec ne permettent pas, pour le moment, d'appliquer cette mesure. Le volet du système d'exploitation sera traité par le comité de sécurité des actifs informationnels en 2015-2016.			X
Il n'y a pas d'approche structurée à l'égard de la surveillance des journaux, ce qui ne permet pas de rencontrer les exigences stipulées à la mesure 4.3.6 du Cadre global de gestion (Système d'exploitation, GRF et Paie) (CSSS Jardins-Roussillon).	2011-12	O	Une procédure de surveillance des journaux est à développer et à mettre en place. Ce volet sera traité par le comité de sécurité des actifs informationnels en 2015-2016.			X
Les copies de sécurité et les mécanismes de récupération des informations ne sont pas vérifiés régulièrement (absence de pistes de vérification), tel qu'exigé à la mesure 4.3.3 du Cadre global de gestion (CSSS Jardins-Roussillon).	2011-12	O	Un projet de catégorisation des actifs informationnels doit être planifié. Une évaluation des coûts pour des essais de recouvrement devra être faite dans un contexte CISSS.		X	
Le bilan annuel de l'organisme concernant la sécurité de ses actifs n'a pas été reçu et entériné par le conseil d'administration de l'établissement, tel que stipulé à la mesure 2.1 du Cadre global de gestion (CSSS Jardins-Roussillon).	2011-12	O	Un bilan de sécurité sera déposé au nouveau conseil d'administration du CISSS.		X	
Il n'y a aucun registre comptable permanent des immobilisations. De plus, l'établissement n'a pas fixé de seuils de capitalisation et n'a pas adopté de politique de capitalisation des immobilisations, tel que requis par l'Agence.	2011-12	O	Le gestionnaire concerné a pris connaissance de l'inventaire des immobilisations. Un registre comptable permanent sera mis en place en 2015-2016. L'établissement fixera des seuils de capitalisation et adoptera une pratique de capitalisation des immobilisations.		X	
Nous avons constaté que des techniciens aux comptes à payer avaient la possibilité de créer des nouveaux fournisseurs, de faire l'enregistrement des factures ainsi que d'avoir la garde des chèques approuvés. Ces tâches ne sont pas réparties de façon adéquate au sein du CISSS. Une mauvaise séparation des tâches augmente le risque que des erreurs ou des fraudes ne soient pas décelées.	2015-16	C				X

3.7 État du suivi des réserves - suite

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport à la gouvernance - suite						
Nous avons constaté que la validation des autorisations de paiement n'est pas effectuée par les techniciens aux comptes à payer lors du processus de requête de paiement. Seule la présence d'une signature est suffisante à la production des paiements, la validation du niveau d'approbation requis, par exemple pour les montants de 5 000 \$ et plus, n'est pas effectuée ni la validation de la signature.	2015-16	C				X
Nous avons constaté que le coordonnateur des opérations financières avait les pilotes d'accès pour le module Espresso et les accès aux comptes bancaires. Une mauvaise séparation des tâches augmente le risque que des erreurs ou des fraudes ne soient pas décelées.	2015-16	C				X
Nous avons également constaté que deux des techniciens aux comptes à payer ont la possibilité d'effectuer des transferts électroniques de fonds pour les comptes de l'établissement du Suroît seulement. Cette fonction est incompatible puisqu'ils ont également la possibilité de créer des fournisseurs et de saisir des factures.	2015-16	C				X



4. Gouvernance - Conseils et comités de l'établissement

4.1 Conseil d'administration

Membres du conseil d'administration au 31 mars 2016

Dix-huit membres composent le conseil d'administration (CA) du CISSMO.



M. Claude Jolin
Membre indépendant,
président - compétence en
gouvernance et éthique



M. Michel Laurendeau
Membre indépendant,
vice-président - compétence
en ressources immobilières,
informationnelles et humaines



M. Yves Masse
Membre nommé, secrétaire -
président-directeur général du
CISSS de la Montérégie-Ouest



Mme Line Ampleman
Membre indépendante -
expertise en réadaptation



Dre Dorice Boudreault
Membre désignée -
département régional de
médecine générale (DRMG)



Mme Mélanie Caron
Membre désignée - comité
régional sur les services
pharmaceutiques (CRSP)



Mme Judith Dubé
Membre indépendante -
expertise dans les organismes
communautaires



Mme Michèle Goyette
Membre indépendante -
expertise en protection
de la jeunesse



M. Roch Leblanc
Membre indépendant -
compétence en gestion des
risques, finance et comptabilité



M. Jean-Claude Lecompte
Membre nommé -
milieu de l'enseignement



Mme Annabelle Lefebvre
Membre désignée -
conseil multidisciplinaire (CM)

4.1 Conseil d'administration - suite



Mme Heather L'Heureux
Membre indépendante -
compétence en vérification,
performance ou gestion de
la qualité



Mme Nicole Marleau
Membre désignée -
comité des usagers (CU)



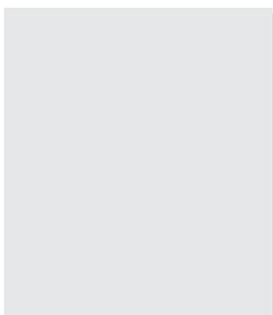
Mme Patricia Quirion
Membre désignée -
conseil des infirmières et
infirmiers (CI)



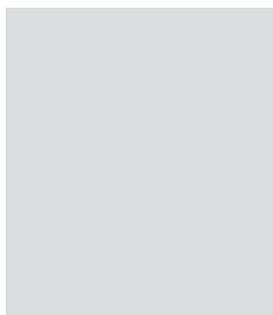
M. Jean-Pierre Rodrigue
Membre indépendant -
expertise en santé mentale



M. Serge St-Laurent
Membre observateur sans
droit de vote - désigné par les
fondations de l'établissement



Poste vacant
Membre désigné - conseil
des médecins, dentistes et
pharmaciens (CMDP)



Poste vacant
Membre indépendant -
expérience vécue à titre
d'utilisateur des services sociaux

En conformité avec les modalités de nomination et de désignation, les démarches nécessaires ont été amorcées pour pourvoir les sièges vacants.

4.1 Conseil d'administration - suite

Motion de félicitations et de reconnaissance

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL de la **5^e séance publique régulière du conseil d'administration** du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest tenue à l'Hôpital du Suroît situé au 150, rue Saint-Thomas, Salaberry-de-Valleyfield, le **14 juin 2016** à compter de 18 h 30, et à laquelle il y avait quorum.

Résolution CA20160614-13

CONSIDÉRANT l'adoption du rapport financier annuel par le conseil d'administration pour l'année financière terminée le 31 mars 2016 dégageant un léger surplus opérationnel;

CONSIDÉRANT les efforts soutenus en cette première année de transformation de la part des membres de l'équipe de direction, des gestionnaires, des équipes et des médecins de l'organisation pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire;

CONSIDÉRANT la recommandation du président du conseil d'administration;

Sur proposition dûment faite et appuyée, **IL EST RÉSOLU** à l'unanimité, que les membres du conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Ouest adressent une motion de félicitations aux membres de l'équipe de direction, aux gestionnaires, aux équipes et aux médecins de l'organisation en reconnaissance des efforts soutenus déployés durant la dernière année pour atteindre l'équilibre budgétaire tout en assurant un maintien des soins et services.

EXTRAIT CERTIFIÉ CONFORME

Signé le 20 juin 2016

Le président du conseil d'administration,



Claude Jolin

4.1 Conseil d'administration - suite

Faits saillants

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) est un établissement public constitué le 1^{er} avril 2015 en vertu 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* (chapitre O-7.2).

En vertu de l'article 195 de cette Loi, le président-directeur général de l'établissement exerçait tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015, date à laquelle la majorité des membres indépendants du conseil ont été nommés.

Au cours de l'exercice 2015-2016, les membres du conseil d'administration ont tenu quatre séances spéciales et trois séances publiques régulières.

Voici les principaux faits saillants de cet exercice :

- adoption des rapports annuels de gestion 2014-2015 des neuf composantes du CISSSMO;
- adoption du plan d'encadrement supérieur;
- nomination – commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- nomination des cadres supérieurs;
- adoption des rapports financiers annuels 2014-2015 des neuf composantes du CISSSMO;
- adoption de l'entente de gestion et d'imputabilité 2015-2016;
- adoption du *Règlement de régie interne transitoire du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CISSSMO*;
- adoption des budgets détaillés 2015-2016;
- contrat de service des auditeurs indépendants pour l'exercice financier 2015-2016;
- adoption du *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration du CISSSMO*;
- adoption du *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes du CISSSMO*;
- adoption des objectifs organisationnels 2015-2016 du CISSSMO;

- adoption de la *Politique relative aux soins de fin de vie*;
- adoption du plan d'organisation des départements médicaux;
- révision du plan d'encadrement supérieur;
- adoption de l'énoncé « Mission, vision, ambitions et valeurs du CISSSMO »;
- adoption du *Règlement sur la régie interne du conseil multidisciplinaire*;
- renouvellement du statut et des privilèges des médecins, dentistes et pharmaciens de l'ancienne composante du Suroît;
- adoption du *Règlement sur la régie interne du conseil des infirmières et infirmiers du CISSSMO*;
- adoption du code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CISSSMO;
- adoption de la *Politique d'approvisionnement*.

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

En ce qui concerne le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, le CISSS de la Montérégie-Ouest ne fait état d'aucun cas traité ou de manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires. De plus, aucune décision de sanctions n'a été imposée de même qu'aucune personne n'a été révoquée ou suspendue au cours de la période couverte par le rapport.

Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du CA, se trouve à l'annexe du présent rapport annuel de gestion de même que sur le site Internet de l'organisation à santemo.quebec sous l'onglet conseil d'administration.

4.1 Conseil d'administration - suite

Comités du conseil d'administration

Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique a été mis sur pied par le conseil d'administration du CISSSMO le 16 décembre 2015.

Composition du comité

Monsieur Jean-Pierre Rodrigue, président

Monsieur Yves Masse, secrétaire

Madame Mélanie Caron, membre

Madame Michèle Goyette, membre

Monsieur Claude Jolin, membre

Mandat général du comité

Le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions d'élaborer :

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

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2015-2016, les membres du comité de gouvernance et d'éthique se sont réunis à une reprise.

Au cours de cette rencontre, ils se sont notamment penchés sur les règles de fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique et la désignation d'un secrétaire du comité. Ils ont également procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- désignation d'un président du comité de gouvernance et d'éthique;

- sondage d'évaluation sur le fonctionnement des séances du conseil d'administration;
- adoption du code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CISSSMO;
- adoption de la prise de décision par consentement aux séances publiques du conseil d'administration (agenda de consentement).

Comité de révision

Le comité de révision a été mis sur pied par le conseil d'administration du CISSSMO le 16 décembre 2015.

Composition du comité

Monsieur Claude Jolin, président

Docteur Marc Lajoie, membre nommé sur recommandation du CMDP

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

Docteure Danielle Venne, membre substitut nommée sur recommandation du CMDP

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

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

4.1 Conseil d'administration - suite

Mandat général du comité

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

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

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

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2015-2016, les membres du comité de révision se sont réunis à deux reprises.

Lors de ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur le nombre de demandes soumises au comité. En effet, quatre demandes ont été soumises à la révision auprès du comité de révision de l'établissement au cours de l'exercice dont une a été annulée puisque le professionnel visé n'était pas mis en cause dans le volet de la demande de révision.

Les trois autres dossiers concernaient un ou des professionnels en milieu hospitalier.

De ces demandes, un plaignant a été entendu par le comité de révision au cours de l'exercice.

Les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision sont en lien avec les soins et services dispensés.

Au cours de l'exercice 2015-2016, le délai de traitement des demandes soumises a été de 61 jours et plus. Dans les trois cas que cela concerne, le consentement des plaignants pour prolonger le délai légal a

été obtenu. Les trois demandes n'ont pu être conclues à l'intérieur de l'exercice : deux sont toujours en cours de révision et une a confirmé les conclusions du médecin examinateur.

Comité de vérification

Le comité de vérification a été mis sur pied par le conseil d'administration du CISSMO le 16 décembre 2015.

Composition du comité

Monsieur Roch Leblanc, président

Madame Judith Dubé, membre

Madame Heather L'Heureux, membre

Monsieur Claude Jolin, membre

Monsieur Jean-Claude Lecompte, membre

Monsieur Serge St-Laurent, membre

Monsieur Yves Masse, invité permanent

Madame Michelle Harvey, invitée permanente et secrétaire

Mandat général du comité

Le comité de vérification doit, entre autres :

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

4.1 Conseil d'administration - suite

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2015-2016, les membres du comité de vérification se sont réunis à deux reprises.

Au cours de ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur :

- règlement sur la régie interne du conseil d'administration du CISSSMO – comité de vérification;
- désignation d'un secrétaire;
- gestion des activités financières;
- résultats financiers de la période 9 et 11;
- reddition de compte – mesures d'optimisation 2015-2016;
- dépenses des administrateurs;
- plan de vérification de l'auditeur externe, Raymond Chabot Grant Thornton;
- liste des engagements financiers de 100 000 \$ et plus;
- processus de planification budgétaire, orientations et paramètres 2016-2017.

Ils ont également procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- désignation d'un président du comité de vérification;
- autorisation de la demande de renouvellement de marge d'emprunt - des anciennes composantes CSSS Jardins-Roussillon et CSSS du Suroît;
- adoption de la politique d'approvisionnement;
- adoption de la désignation d'un responsable aux fins des transactions bancaires électroniques;
- adoption de la désignation des signataires autorisés pour les affaires bancaires de l'ancienne composante CSSS Vaudreuil-Soulanges.

Comité des ressources humaines

Le comité des ressources humaines a été mis sur pied par le conseil d'administration du CISSSMO le 16 décembre 2015.

Composition du comité

Monsieur Michel Laurendeau, président

Monsieur Roch Leblanc, membre

Monsieur Serge St-Laurent, membre

Monsieur Yves Masse, membre

Monsieur Richard Cloutier, secrétaire

Mandat général du comité

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

De façon plus spécifique, le comité a pour fonctions de :

- s'assurer de la mise en place d'un plan de développement des ressources humaines;
- recevoir et analyser le plan de main-d'œuvre et le soumettre au conseil d'administration pour adoption;
- recevoir et analyser des politiques de soutien et de développement des compétences du personnel, les proposer au conseil d'administration pour adoption;
- s'assurer de l'existence de mécanismes de concertation et de consultation appropriés;
- recevoir et analyser des rapports portant sur le climat organisationnel en général;
- s'assurer de la mise en place du programme d'évaluation du rendement des cadres supérieurs et intermédiaires et s'assurer de la mise en place d'un programme d'évaluation du personnel;
- d'analyser toute problématique particulière pouvant survenir dans le cours de la réalisation des projets et faire des recommandations au conseil d'administration s'il y a lieu;
- s'assurer du suivi des divers dossiers et faire des recommandations s'il y a lieu; d'assurer tout autre mandat confié par le conseil d'administration;

4.1 Conseil d'administration - suite

- s'assurer de la mise en place d'un tableau de bord stratégique en ressources humaines afin d'éclairer les membres du conseil d'administration dans leurs décisions;
- recevoir, analyser et proposer au conseil d'administration l'adoption des différentes politiques de gestion concernant les conditions de travail des cadres, et ce, tel que prévu au Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux;
- recevoir, analyser et proposer au conseil d'administration l'adoption des différentes stipulations négociées et agréées sur l'échelle locale ou régionale prévues à la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2015-2016, les membres du comité des ressources humaines se sont réunis à une reprise.

Au cours de cette rencontre, ils se sont notamment penchés sur le :

- bilan de la réorganisation administrative;
- Prix d'excellence du MSSS 2016;
- calendrier des séances du comité des ressources humaines.

Ils ont également procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- règlement sur les règles de fonctionnement du comité des ressources humaines;
- désignation d'un président dudit comité;
- désignation d'un secrétaire dudit comité;
- révision du plan d'encadrement supérieur au CISSSMO;
- mission, vision, ambitions et valeurs du CISSSMO.

Comité immobilisation et environnement

Le comité immobilisation et environnement a été mis sur pied par le conseil d'administration du CISSSMO le 16 décembre 2015.

Composition du comité

Madame Judith Dubé, présidente

Monsieur Vincent Veilleux, secrétaire

Madame Heather L'Heureux, membre

Monsieur Roch Leblanc, membre

Monsieur Yves Masse, membre

Mandat général du comité

De façon générale, les responsabilités du comité consistent à :

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

De façon plus spécifique, le comité a pour fonctions de :

- fournir des avis au conseil d'administration sur l'acquisition, la vente, la construction, l'agrandissement, l'aménagement, la transformation ou les réparations majeures de ses immeubles et sur l'optimisation globale du parc immobilier de l'établissement;
- assurer une vigie des diverses étapes des projets de construction, de rénovation fonctionnelle, de sécurité et de vétusté (ci-après appelés collectivement les projets) et faire rapport au conseil d'administration;

4.1 Conseil d'administration - suite

- recevoir et analyser les politiques touchant la gestion et l'entretien des immeubles et des équipements, la gestion des espaces et la gestion des projets immobiliers, les proposer au conseil d'administration pour adoption;
- s'assurer de la mise en place d'un programme d'entretien préventif pour les composantes majeures du bâtiment et les équipements (médicaux et non médicaux);
- recevoir et analyser des rapports portant sur l'état de vétusté des bâtiments;
- analyser toute problématique particulière pouvant survenir dans le cours de la réalisation des projets et faire des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu;
- s'assurer du suivi des divers dossiers et faire des recommandations au conseil d'administration;
- assumer tout autre mandat confié par le conseil d'administration.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2015-2016, les membres du comité immobilisation et environnement se sont réunis à une reprise.

Au cours de cette rencontre, ils se sont notamment pencher sur :

- l'élection du président du comité;
- la désignation d'un secrétaire du comité;
- le règlement sur les règles de fonctionnement du comité;
- la présentation du parc immobilier du CISSSMO;
- l'inspection technique des bâtiments;
- la déclaration d'un immeuble excédentaire et l'autorisation de procéder à la vente;
- le calendrier des séances du comité.

Ils ont également procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- recommandation de la nomination de madame Judith Dubé à titre de présidente du comité;
- recommandation d'adoption du règlement sur les règles de fonctionnement du comité;
- recommandation d'autoriser la déclaration d'un immeuble excédentaire et d'en autoriser la vente.

Comité soins et services à la clientèle

Le comité soins et services à la clientèle a été mis sur pied par le conseil d'administration du CISSSMO le 16 décembre 2015.

Composition du comité

Madame Michèle Goyette, présidente

Madame Céline Rouleau, secrétaire

Madame Line Ampleman, membre

Monsieur Philippe Besombes, membre

Madame Dorice Boudreault, membre

Monsieur Stéphane Dubuc, membre

Madame Annabelle Lefebvre, membre

Monsieur Yves Masse, membre

Docteure Lucie Poitras, membre

Madame Patricia Quirion, membre

Mandat général du comité

De façon générale, les responsabilités du comité consistent à :

- contribuer à l'amélioration du continuum de soins et services et s'assurer de sa fluidité;
- assurer le suivi des dossiers clinico administratifs du conseil des infirmiers et infirmières (CII), du conseil multidisciplinaire (CM) et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- recevoir et analyser les rapports annuels ou les recommandations du CII, CM et du CMDP et s'assurer du suivi le cas échéant;
- recevoir et analyser les rapports portant sur les mécanismes d'accès (ex. : listes d'attente);
- s'assurer que des actions sont posées pour favoriser la complémentarité des services avec ceux dispensés par les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population;
- recevoir et analyser les dossiers de consolidation ou de développement de services et d'acquisition d'équipements médicaux;
- recevoir et analyser les rapports de suivi aux recommandations de l'organisme de normalisation et des différents ordres et corporations professionnels;

4.1 Conseil d'administration - suite

- assumer tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration;
- faire rapport au conseil d'administration, après chaque rencontre du comité, de l'évolution des travaux du comité et lui transmettre ses décisions, ses commentaires ou ses recommandations s'il y a lieu.

De façon plus spécifique, le comité a pour fonctions de :

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

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2015-2016, les membres du comité soins et services à la clientèle se sont réunis une fois.

Au cours de cette rencontre, des présentations et échanges sur les sujets suivants étaient à l'ordre du jour :

- offres de service des directions transversales cliniques;
- structure de la gouverne médicale;
- mise en place des comités exécutifs des instances du conseil : CMDP, CII et CM;
- projet de transformation de places d'hébergement au programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

Les membres ont procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- désignation d'un président du comité soins et services à la clientèle;
- adoption du règlement sur les règles de fonctionnement du comité soins et services à la clientèle.

Autres conseils et comités

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Composition du comité exécutif

Docteur Gaétan Filion, président et physiatre, Centre montréalais de réadaptation

Docteur Sidney Maynard, vice-président et omnipraticien, Hôpital Anna-Laberge

Docteur Joseph Itovitch, vice-président et chirurgien, Hôpital du Suroît

Docteur Benjamin Dahan, trésorier et neurologue, Hôpital Anna-Laberge

Docteure Monique Rozon-Rivest, secrétaire et omnipraticienne, Vaudreuil-Soulanges

Docteure Claude Bourassa, conseillère et chirurgienne, Hôpital du Suroît

Docteur Guillaume Bessière, conseiller et omnipraticien, Hôpital Anna-Laberge

Docteur Justin Wight, conseiller et omnipraticien, Hôpital Barrie Memorial

Docteur Pierre-Luc Ouellet, conseiller et interniste, Hôpital Anna-Laberge

Docteur Ghislain Fortier, conseiller et anesthésiste, Hôpital du Suroît

Madame Maude St-Onge, conseillère et pharmacienne, Hôpital du Suroît

Docteure Lucie Poitras, directrice de la DSP intérimaire

Monsieur Yves Masse, président-directeur général

Mandat général du comité

Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a été créé cette année conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les responsabilités du CMDP sont exercées par un comité exécutif formé de 11 membres actifs élus par le conseil et représentant les différentes missions et secteurs géographiques de l'établissement. Le président-directeur général et la directrice intérimaire des services professionnels et de l'enseignement médical font aussi partie du comité exécutif.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est responsable envers le conseil d'administration de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes des médecins, des dentistes et des pharmaciens pratiquant au sein du CISSMO.

4.1 Conseil d'administration - suite

Plus spécifiquement :

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

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

Bilan des activités

- création du comité exécutif de transition du CMDP du CISSSMO;
- création du comité concernant la Politique de soins de fin de vie (Loi 2) sous la responsabilité du CMDP du CISSSMO;
- création de comités de travail afin d'harmoniser les outils déjà en place des comités des titres et d'évaluation de l'acte médical du CISSSMO;
- mise en place du processus électoral pour l'élection de l'exécutif permanent du CMDP;
- analyse des rapports d'évaluation d'acte médical, leur intégration et objectifs d'amélioration :
 - étude de dossiers demandées en santé mentale – Hôpital Anna-Laberge;
 - résultats d'embolie pulmonaire – Hôpital Anna-Laberge;
 - résultats de taux de réadmission postopératoire – Hôpital Anna-Laberge.
- adoption des ordonnances collectives, médicales, pharmaceutiques et des protocoles;
- analyse des comptes rendus et procès-verbaux des départements et services;
- nomination de chefs des départements intérimaires;
- suivis des comités de discipline et recommandations de sanctions au CA, s'il y a lieu;
- désignation de trois membres du CMDP au sein du comité de révision (2) et du CA (1);
- adoption de plusieurs résolutions :
 - adoption de l'exécutif de transition du CMDP;
 - adoption du Règlement de transition du CMDP;
 - salle du CA nommée en l'honneur de Dr J. Roger Laberge – Hôpital Anna-Laberge;
 - adoption de la composition du comité de pharmacologie du CISSSMO;
 - adoption du plan d'organisation des départements médicaux;
 - politique relative aux soins de fin de vie;
 - guide des ordonnances pharmaceutiques et formulaire thérapeutique;
 - désignation de deux membres au sein du comité de révision;
- création d'une liste de données statistiques par établissement d'intérêt par le CMDP :
 - rapport périodique en santé mentale, dossiers incomplets et protocoles opératoires, rapport sur la prévention des infections et infections nosocomiales, tableau de bord des urgences, nombre de prises en charge des médecins, suivi de la production périodique et listes d'attente en endoscopie, imagerie et chirurgie;
- nomination de nouveaux membres sur les comités relevant du CMDP;

4.1 Conseil d'administration - suite

Conseil des infirmières et infirmiers

Composition du comité exécutif

Monsieur Yves Masse, président-directeur général

Monsieur Philippe Besombes, directeur de la DSIEU

Madame Céline Jodar, présidente (jusqu'en février 2016)

Madame Chantal Rochefort, présidente par intérim (depuis février 2016) et vice-présidente (jusqu'en février 2016)

Madame Patricia Quirion, vice-présidente

Madame Brigitte Bujold, officier

Madame Isabelle Gendron, officier

Madame Mélissa Haineault, officier

Madame Theresa Hill, officier

Madame Sonia Houle, officier

Madame Michelle Landry, officier (jusqu'en mars 2016)

Madame Julie Lemieux, officier

Madame Cynthia Martel, officier (depuis mars 2016)

Madame Brigitte Rochon, CIIA

Mandat général du comité

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) voit à l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins au sein du CISSMO. Il est composé de l'ensemble des infirmières et infirmiers qui exercent leurs fonctions dans tout centre exploité par l'établissement, y incluant celles et ceux qui assument des fonctions-cadres reliées à la dispensation des services infirmiers. (LSSS, article 219).

Le CII est responsable envers le conseil d'administration :

- d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8) et exercées dans le centre;
- de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans le centre;

- de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans le centre;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le centre;
- de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière; (LSSSS, article 370.3 et Loi 10, article 87);
- de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers; (LSSSS, article 370.3 et Loi 10, article 87);
- de donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population; (LSSSS, article 370.3 et Loi 10, article 87);
- de faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent (LSSSS, article 220);
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le CII est responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique du centre;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers;
- toute autre question que le président-directeur général porte à son attention. (LSSSS, article 221).

4.1 Conseil d'administration - suite

Bilan des activités

- organisation du Mois des soins des infirmières et infirmiers auxiliaires :
 - formation d'un comité;
 - préparation de visioconférences ayant pour titre :
 - « Œuvrer auprès d'une clientèle présentant une problématique de dépendance, les différents visages du travail de l'infirmière » avec Isabelle Gendron, infirmière clinicienne de l'équipe spécialisée dans le traitement de l'utilisation des opioïdes;
 - « Accompagner le patient anxieux » avec Geneviève Leblanc, psychologue en santé mentale et Natacha Bernard, travailleuse sociale et psychothérapeute en santé mentale.
- consultation du CECII sur différents dossiers et émission d'opinions concernant :
 - le processus d'élaboration des ordonnances collectives;
 - les valeurs organisationnelles : bienveillance, collaboration, engagement, audace et cohérence;
 - l'Association des CII du Québec.
- rédaction des règlements internes du CECII.

Conseil multidisciplinaire

Composition du comité exécutif

Monsieur Yves Masse, président-directeur général

Monsieur Stéphane Dubuc, directeur de la DSMEU

Madame Nancie Poulin, présidente

Madame Noémie Boisclair, vice-présidente

Monsieur Maxime Massignani, trésorier

Madame Roxanne Héroux, responsable des communications

Madame Claudiane Coutu-Arbour, secrétaire

Madame Isabelle Violet, officier

Madame Caroline Boudreault, officier

Madame Claudiane Coutu-Arbour, officier

Madame Guylaine Sarrazin, officier

Monsieur Jérémie Daoust, officier

Madame Josianne Prairie, officier

Madame Mélissa Leduc, officier

Madame Renée Perrier, officier

Madame Venessa Lafrenière, officier

Mandat général du comité

Le conseil multidisciplinaire (CM) a la responsabilité de voir à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle au CISSSMO. Également, il peut faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement. Le conseil multidisciplinaire a un pouvoir de recommandation et d'avis et joue donc un rôle-conseil. Le CM est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire et qui exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement ainsi que des personnes qui exercent pour l'établissement des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires.

Le CM est responsable envers le conseil d'administration :

- de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le CM est responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique de l'établissement;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
- toutes autres questions que le président-directeur général porte à son attention.

4.1 Conseil d'administration - suite

Bilan des activités

- rédaction d'un plan de communication qui demeure à être bonifié;
- mise à jour d'un portrait des membres;
- définition et adoption des règles de régie interne par les membres du conseil multidisciplinaire;
- *leadership* lors de la tenue du Colloque de l'ACMQ en novembre 2015;
- élection des membres du nouveau CECM à la suite au processus électoral;
- élection d'un membre du CM au conseil d'administration;
- maintien de l'adhésion à l'ACMQ.

Comité des usagers

Composition du comité exécutif

Madame Lucille Bargiel, présidente

Madame Micheline Tellier, vice-présidente

Madame Debra Shea, secrétaire et trésorière

Madame Nicole Marleau, déléguée du conseil d'administration

Monsieur Paul St-Laurent, membre

Madame Jeanne Lemieux, membre

Madame Irène Koneckni, membre

Madame Thérèse Legault, membre

Madame Francine Waelput, membre

Madame Suzanne Globensky, personne ressource

Mandat général du comité

Comme défini dans la Loi 32, tout établissement doit mettre en place un comité des usagers pour les services offerts. Le mandat du comité des usagers est de s'assurer que les droits des usagers sont respectés et qu'ils sont traités dans le respect et la dignité. À la suite de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, un nouveau comité des usagers représentant l'ensemble du CISSSMO a été formé et nommé selon l'appellation établie par le MSSS :

le comité des usagers du centre intégré (CUCI). Les comités locaux des anciennes composantes ainsi que les comités des résidents sont maintenus afin de répondre aux besoins de proximité et ils sont appelés à travailler en concertation avec le comité des usagers du centre intégré (CUCI) dont ses membres viennent des comités locaux.

Bilan des activités

- organisation du comité;
- présentation détaillée de chaque comité local (membres, activités, défis rencontrés, etc.);
- commencement d'ébauche des règles de fonctionnement.

Comité d'éthique

L'éthique se veut une réflexion sur nos valeurs et nos façons de faire afin de guider nos actions au quotidien, face à une situation complexe. En cette année de transition, nous avons recueilli, au sein de nos composantes, les différentes activités réalisées en éthique clinique. Cet exercice a servi à initier la réflexion sur le cadre de référence en éthique clinique pour le CISSSMO. Toutefois, en attendant la mise en place d'un comité d'éthique CISSSMO, plusieurs des composantes ont maintenu les activités de leur comité d'éthique. Ces comités sont composés de personnes démontrant un intérêt pour les enjeux d'éthiques professionnels, représentant de la clientèle soutenue par un professionnel en éthique. Des rencontres formelles, discussions de cas et midis-conférences ont été réalisés au cours de l'année 2015-2016.

4.2 Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité a été mis sur pied par le conseil d'administration du CISSMO le 16 décembre 2015.

Composition du comité

Madame Nicole Marleau, présidente

Madame Alexandrine Côté, secrétaire

Madame Line Ampleman, membre

Monsieur Yves Masse, membre

Monsieur Jean-Pierre Rodrigue, membre

Madame Michelle Harvey, invitée permanente désignée par le président-directeur général

Mandat général du comité

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

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

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
- établir les liens systémiques entre ces rapports et ces recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des avis au conseil d'administration;
- faire des propositions au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des conseils qu'il lui a été faits;

- veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2015-2016, les membres du comité de vigilance et de la qualité se sont réunis à une reprise.

Au cours de cette rencontre, ils se sont penchés sur :

- les règles de fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité;
- la désignation d'un secrétaire du comité;
- le bilan des activités du commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015 incluant les 144 mesures correctives et recommandations adressées aux directions visées et au conseil d'administration, ainsi que leur réalisation (aucune suite n'a été apportée par le comité aux principales recommandations formulées par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services);
- les activités et la terminologie en lien avec le régime d'examen des plaintes;
- le processus de traitement d'une plainte de A à Z;
- l'évolution de l'élaboration du règlement du comité de gestion des risques;
- la gestion des risques – Rapport d'incident et accident 2015-2016 (périodes 1 à 6).

Ils ont également procédé à la recommandation suivante auprès du conseil d'administration :

- désignation d'un président du comité de vigilance et de la qualité.

4.3 Comité de gestion des risques

En vertu de l'article 183.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le plan d'organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation d'un comité de gestion des risques. Depuis la création du CISSMO, la structure organisationnelle adoptée intègre la gestion de la qualité et des risques sous la responsabilité de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE).

En raison de la nature opérationnelle du mandat qui est confié au comité de gestion des risques et compte tenu de la diversité des clientèles et des activités, de la pluralité des points de service, la DQEPE est à revoir les modalités qui permettront au comité de gestion des risques d'être alimenté par les réalités de toutes les missions, les programmes-services, les sites, etc. Le comité de gestion des risques sera donc actif en cours d'année 2016-2017 avec le mandat suivant :

Mandat général du comité

Art. 183.2, LSSSS: Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- assurer qu'un soutien soit offert à la victime et à ses proches;
- convenir de la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Pour les fins d'application du présent article et des articles 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par :

- **Incident** : une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.
- **Accident** : action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'une personne (art. 8, LSSSS).



5. Annexes

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

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;

- 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*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations 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.

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

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les

positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.

- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

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

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.

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

18.5 Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité

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

de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

19.6 Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et

de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin de mandat

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

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

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

RÉDACTION

Malika Davidson
Agente d'information

COLLABORATION

Pierre Dubois
Agent d'information

MISE EN PAGE

Caroline Morin
Technicienne en arts graphiques

RÉVISION

Elsie Théberge
Agente administrative
Janie-Maude Legault
Technicienne en communication

HARMONISATION
CRÉATION
COMMUNICATIONS
PRATIQUES
INTERDISCIPLINARITÉ
SANTÉ
RÉALISATION
GESTION
ÉQUIPE
ÉVOLUTION
TRANSITION
STRUCTURE

CREATION

DU CISSMO