

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



Les assises de la transformation

Rapport annuel de gestion
2016-2017

Québec 

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

RÉDACTION

Malika Davidson
Agente d'information

MISE EN PAGE

Caroline Morin
Technicienne en arts graphiques

RÉVISION

Elsie Théberge
Adjointe à la direction - volet communications et affaires juridiques

Janie-Maude Legault
Technicienne en communication

Rédaction Manon Arcand
www.manonarcand.com

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

ISBN : 978-2-550-78414-2 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-78415-9 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

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.

4	Préface	
	Message des autorités	5
	Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	8
	Bilan de l'équipe de soutien à la transformation	9
	Liste des sigles et des acronymes	10
11	Présentation de l'établissement et des faits saillants	
	Établissement	
	Mission, vision, ambitions et valeurs	12
	Philosophie de gestion	14
	Services offerts	17
	Structure de l'organisation au 31 mars 2017	20
	Comité de direction	22
	Carte du territoire	23
	Conseil d'administration, comités, conseils et instances consultatives	
	Conseil d'administration	24
	Comités du conseil d'administration	27
	Conseils et comités de l'établissement	36
	Faits saillants des directions	42
49	Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	
	Entente de gestion et d'imputabilité	50
62	Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	
	Agrément	63
	Sécurité et la qualité des soins et des services	64
	Personnes mises sous garde	70
	Examen des plaintes et promotion des droits	71
	Information et consultation de la population	72
73	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	
	Application de la politique sur les soins de fin de vie	74
75	Ressources humaines	
	Ressources humaines de l'établissement	76
	Gestion et contrôle des effectifs	77
78	Ressources financières	
	États financiers	
	Rapport de la direction	79
	Rapport de l'auditeur indépendant	80
	Résultats financiers	82
	Équilibre budgétaire	94
	Contrats de service	95
96	État du suivi des réserves	
	État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	97
101	Annexe	
	Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration ...	102



Préface



Le CISSS de la Montérégie-Ouest : déjà deux ans !

Après deux ans d'existence, l'année 2016-2017 fût une fois de plus marquée par les importants travaux entourant la transformation et l'uniformisation de l'organisation. En effet, nous avons mis en place les bases afin de nous projeter vers l'avenir et rappeler les motivations premières derrière ces grands changements, soit de permettre une intégration des soins et des services pour simplifier le parcours et l'expérience de notre clientèle. Pour ce faire, de nombreuses actions ont été réalisées afin d'actualiser cette vision. Grâce à diverses initiatives organisationnelles, la valeur ajoutée à unir nos efforts pour mieux intégrer notre offre de soins et de services s'est fait ressentir tout au long de l'année. Dans ce rapport annuel de gestion, vous découvrirez le travail colossal des équipes qui ont mené à bien ces belles réalisations.

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration (CA) a été des plus actifs cette année. Il a adopté de nombreux règlements et politiques et suivi de près plusieurs dossiers organisationnels qui concernent, entre autres, l'accessibilité et la qualité des soins et des services, les ressources humaines ainsi que la situation budgétaire.

Notons également la tenue de sa toute première séance publique d'information annuelle devant près de 80 invités, dont des partenaires et représentants des médias où le thème de la personne âgée fut à l'honneur. Sous forme de panel, des invités internes jumelés à des partenaires ont échangé sur les défis actuels à relever pour mieux desservir cette clientèle, en constante croissance. Ce fut un bel événement dont les membres du CA se disent fiers.

L'équilibre budgétaire

C'est avec joie que nous annonçons qu'encore une fois cette année, le CISSS de la Montérégie-Ouest a atteint l'équilibre budgétaire. En effet, au cours de l'exercice financier 2016-2017, l'établissement a dégagé un surplus de 460 433\$ sur un budget total de 740 M\$.

Quelques faits saillants

Au cours de la dernière année, chacune des directions a élaboré son offre de service présentant leur raison d'être, leurs différents mandats et secteurs d'activité ainsi que leur mode de fonctionnement respectif. Aussi, il y a eu la mise en place du comité philanthropique qui a permis d'instaurer une tribune d'échanges entre les représentants des fondations et l'organisation. Le CISSS de la Montérégie-Ouest a défini des objectifs prioritaires 2016-2017, regroupés sous six axes : prévention et saines habitudes

de vie, accessibilité, continuité, qualité et sécurité, potentiel humain et gestion efficiente des ressources. Derrière chacun d'eux se dessinent plusieurs projets organisationnels pour lesquels les équipes ont investi temps et énergie. Voici des actions concrètes qui ont amélioré la fluidité et l'accessibilité des soins et des services.

Philosophie de gestion

L'élaboration de la philosophie de gestion a demandé l'implication de l'ensemble des gestionnaires. Ces principes et ces pratiques de gestion prennent assises sur nos valeurs et servent de levier afin d'atteindre nos objectifs pour améliorer les soins et les services de l'établissement.

Salles de pilotage

Le déploiement de nos salles de pilotage a favorisé une compréhension commune des projets et des objectifs organisationnels assurant une communication bidirectionnelle où tous les acteurs sont mis à contribution. D'ailleurs, vous en apprendrez davantage à ce sujet dans les faits saillants des directions.

Investissements importants

Le CISSS de la Montérégie-Ouest a reçu des investissements de plus de 6 M\$ pour rendre plus fluide le continuum de soins et de services, en y ajoutant notamment des lits d'hébergement de soins de longue durée à l'Hôpital Sainte-Anne (Sainte-Anne-de-Bellevue, île de Montréal), des unités de médecine de jour à l'Hôpital Anna-Laberge et plus récemment à l'Hôpital du Suroît, et en bonifiant ses soins et ses services en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et en soins à domicile.

Groupes de médecine de famille

La collaboration avec les cliniques médicales du territoire s'est poursuivie afin d'améliorer la prise en charge médicale et de diminuer le nombre d'usagers sans médecin de famille. L'offre de service des groupes de médecine de famille (GMF) est désormais bonifiée grâce à l'arrivée de professionnels, dont des travailleurs sociaux de l'établissement. Nous prévoyons que ces changements auront un effet positif pour la région et, ultimement, que ceci diminuera la pression exercée sur les services d'urgence.

Révision des listes d'attente et diminution des délais

Dans un autre ordre d'idée, l'organisation a procédé à l'arrimage de quelques-unes de ses listes d'attente entre les hôpitaux de son territoire permettant une diminution des délais d'attente. Les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme âgées de 0 à 5 ans ont aussi vu leur attente diminuée passant de 200 jours à 140 jours.

Hôpital de Vaudreuil-Soulanges

Nous ne pouvons passer sous silence le projet visant la construction de l'Hôpital de Vaudreuil-Soulanges, qui demeurera un sujet d'actualité en 2017-2018 et pour les prochaines années. Plusieurs travaux ont été entamés tout au long de l'année, dont le plan clinique, qui vise à déterminer l'ensemble des services qui seront offerts dans le futur hôpital pour répondre aux besoins prioritaires de la population du territoire, tout en tenant compte de l'ensemble de notre offre de soins et de services sur le territoire. Une chargée de projet a été nommée pour en assurer la coordination.

Cette belle réussite qu'est l'année 2016-2017 n'aurait pu s'effectuer sans l'apport important du personnel, des gestionnaires et des médecins, qui témoignent d'un professionnalisme incontestable et d'un engagement profond envers notre population.

Parce que l'opinion de notre personnel compte pour nous

Parmi les travaux, il y a eu ceux de l'équipe de soutien à la transformation. À l'été et à l'automne, se sont tenues les premières rencontres avec les instances consultatives du personnel, des cadres, des médecins et des syndicats. Les résultats de leurs travaux font l'objet de recommandations au comité de direction qui évalue ce qui peut être mis en place.

Le potentiel humain au cœur de nos préoccupations

Les défis à relever entourant le potentiel humain (ressources humaines) demeurent particulièrement importants, surtout dans une période de gestion de changement et de pénurie de main-d'œuvre pour bon nombre de titres d'emploi du réseau de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, un plan d'attraction et de rétention du personnel a été mis de l'avant. L'intégration de nos soins et de nos services s'est déclinée dans une série de réorganisations cliniques et administratives. Aussi, l'importance de se doter d'une vision de reconnaissance est primordiale. C'est ainsi qu'octobre 2016 marquait la première édition du Mois de la reconnaissance au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest. Tout au long du mois, des activités visant à souligner l'excellence du travail accompli au quotidien par les employés et les médecins de l'organisation ont été organisées.

Une troisième année tout aussi chargée

L'an trois du CISSS de la Montérégie-Ouest sera encore bien rempli pour notre organisation, car des investissements importants seront déployés dans plusieurs secteurs dont: la santé mentale, la dépendance, le soutien à domicile, la jeunesse et les programmes Déficiences. Ces nouvelles sommes nous permettront, notamment, d'ajouter les ressources nécessaires pour mieux desservir nos différentes clientèles. Cette aide sera bénéfique autant pour les usagers que pour nos intervenants qui auront du soutien additionnel pour accomplir leur travail.

Tellement plus grâce à vous !

De grands changements ont eu lieu cette année. Grâce à des efforts collectifs et au courage des gestionnaires et des équipes, nous pouvons dresser un bilan positif de la dernière année. Cette belle réussite qu'est l'année 2016-2017 n'aurait pu s'effectuer sans l'apport important du personnel, des gestionnaires et des médecins, qui témoignent d'un professionnalisme incontestable et d'un engagement profond envers notre population. Nous tenons également à remercier les usagers et leurs proches pour la confiance qu'ils nous portent. Nous souhaitons aussi saluer nos partenaires, nos bénévoles ainsi que nos fondations et organismes partenaires qui nous soutiennent afin de répondre aux nombreux besoins de nos clientèles diverses. Finalement, nous voulons aussi remercier les membres du conseil d'administration. Leur dévouement et leur rigueur contribuent activement à la poursuite de notre mission: toujours mieux répondre aux besoins de la clientèle en termes de services de santé et de services sociaux accessibles et de qualité.


Bonne lecture!

Le président du conseil d'administration,



Claude Jolin

Le président-directeur général,



Yves Masse

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 2016-2017 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 ainsi que 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 2017.

Le président-directeur général,



Yves Masse

L'équipe de soutien à la transformation voit à faciliter la transformation organisationnelle et à assurer le suivi des résultats attendus. En cohérence avec une volonté d'accorder une priorité aux communications et à la gestion du changement, l'équipe s'est dotée cette année d'une structure permanente de consultation. Cette nouvelle modalité permet de tenir compte du caractère évolutif de la transformation et de s'arrimer avec les réalités du terrain. C'est dans cette optique que les instances consultatives, qui représentent chacune des forces vives de notre organisation – personnel, médecins, gestionnaires, syndicats, comité des usagers et conseils professionnels – ont été mises en place.

Le modèle de consultation retenu permet d'alimenter les choix de stratégies facilitant la mise en place et la réalisation des différentes activités du plan global de transformation. Les instances sont également consultées pour valider certaines orientations sur de grands projets organisationnels. La consultation peut prendre plusieurs formes :

- sondages électroniques;
- ateliers de travail;
- groupes de discussion.

Cette source d'information est un mode de partage privilégié. Les participants sont des parties prenantes et ils peuvent ainsi influencer les décisions et, par le fait même, contribuer à la transformation de l'organisation.

Afin de suivre l'évolution du plan global de transformation et la réalisation des différentes activités, une équipe composée d'agents de liaison représentant chacune des directions a été mise sur pied.

Les agents de liaison se sont vu confier les mandats suivants :

- assurer le suivi des actions qui concernent leur direction dans le plan d'action de la transformation;
- partager leurs besoins de soutien en ce qui concerne la transformation;
- agir à titre de relayers d'information avec l'équipe de soutien à la transformation.

Le souhait est de créer une dynamique de communication et une synergie entre les directions afin d'instaurer un partage de bons coups et un échange sur les meilleures pratiques.

La majorité des actions planifiées au plan global de transformation a été réalisée dans le respect des échéanciers. Le suivi du plan se fait de façon périodique dans la salle de pilotage stratégique et les résultats sont communiqués à l'ensemble du personnel et des médecins par la publication d'un outil spécifique : la route de la transformation (disponible par le biais du bulletin interne et sur le portail transitoire de type intranet).

Conformément aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le mandat de l'équipe de soutien à la transformation a pris fin le 31 mars 2017. Cependant, considérant l'ampleur de cette transformation, l'organisation a fait le choix de maintenir une structure temporaire qui assure la transition vers la pérennisation des actions. Cette structure a pris la forme d'un comité temporaire relevant de la Direction générale.

Le comité de pilotage de la transformation ainsi créé a pour mandat de mettre en place les mécanismes de coordination visant à soutenir l'organisation dans ses changements afin :

- d'assurer la continuité des travaux de transformation dans le cadre de la mise en œuvre 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 (LMRSSS);
- d'assurer la réalisation des changements liés aux projets prioritaires et projets ministériels;
- de concerter les efforts permettant l'évaluation, la consolidation et la pérennisation des résultats des améliorations apportées;
- de communiquer l'information appropriée en temps opportun.



ENSEMBLE CRÉONS L'AVENIR



Le comité de pilotage de la transformation est composé de Mélissa Lachance, Patrick Dubois, Stéphane Dubuc, Marie-Ève Bernard, Stéphanie Thibert et Geneviève Boileau

Liste des sigles et des acronymes

ACIIQ	Association des Conseils des Infirmières et Infirmiers du Québec	EIJ	Équipe intervention jeunesse
ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec	EPC	Entérobactéries productrices de carbapénémases
BACC	Baccalauréat	GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
CA	Conseil d'administration	GMF	Groupe de médecine de famille
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	ICI	Intervention comportementale intensive
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée	ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CM	Conseil multidisciplinaire	NSA	Niveaux de soins alternatifs
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	OCCI	Outils de cheminement clinique informatisés
CR	Centre de réadaptation	PAPH	Plan d'action à l'égard des personnes handicapées
CUCI	Comité des usagers du centre intégré	PCI	Prévention et contrôle des infections
DI	Déficiência intellectuelle	RAC	Résidence à assistance continue
DLRI	Direction de la logistique et des ressources informationnelles	RI	Ressource intermédiaire
DP	Déficiência physique	RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
DPD	Direction des programmes Déficiences	RLS	Réseau local de services
DPJASP	Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique	RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
DPSAPA	Direction des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées	RSIPA	Réseau local de services intégrés pour les personnes âgées
DPSMD	Direction des programmes Santé mentale et Dépendance	RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
DQC	Direction québécoise du cancer	RTF	Ressource de type familial
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	SAD	Soutien à domicile
DRF	Direction des ressources financières	SAF	Soutien à la famille
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
DRMG	Département régional de médecine générale	TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers	TGC	Trouble grave du comportement
DSMEU	Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire	TSA	Trouble du spectre de l'autisme
DSPEM	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
DST	Direction des services techniques	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive



Présentation de l'établissement et des faits saillants

ÉTABLISSEMENT

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.

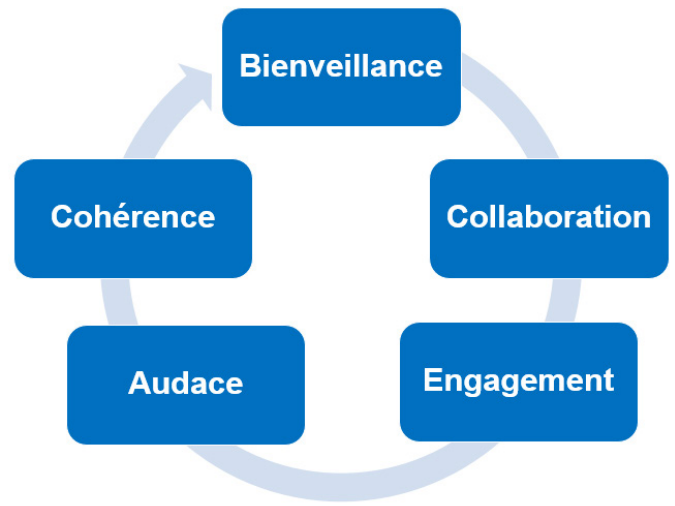
Ambitions

Les ambitions du CISSS de la Montérégie-Ouest ont été établies dans le but de partager une compréhension commune de sa mission ainsi que 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 CISSS de la Montérégie-Ouest réalise ses ambitions en osant innover dans ses façons de faire; il 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 à améliorer ses pratiques professionnelles, cliniques et de gestion;
 - la reconnaissance de la contribution de son personnel et la mise en place de pratiques de gestion humaines;
 - la force de ses liens avec ses partenaires.

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;
- Nous montrer intègre et transparent envers tous;
- Soutenir et guider sans prendre la responsabilité de l'autre;
- Reconnaître.

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 CISSS de la Montérégie-Ouest 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. «[Agiissons 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 nos responsabilités, notre imputabilité et nos 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.



En adéquation avec sa mission, sa vision, ses ambitions et ses valeurs organisationnelles, le CISSS de la Montérégie-Ouest présente sa philosophie de gestion après avoir réalisé une consultation auprès de ses gestionnaires et de son personnel. La philosophie de gestion n'est pas simplement un énoncé, elle teinte et anime les actions au quotidien de l'équipe de gestionnaires et de chefs de départements de l'établissement.

Les principes de gestion

Les principes de gestion qui suivent, dont s'est doté le CISSS de la Montérégie-Ouest, encadreront et guideront les actions et les décisions des gestionnaires et des chefs de départements.

1. Une attention constante pour des soins et services à valeur ajoutée pour la clientèle

Les efforts de tous contribuent à :

- adapter l'offre aux caractéristiques de la population;
- répondre aux besoins de nos clientèles;
- collaborer avec nos partenaires locaux, régionaux et interrégionaux;

- favoriser la proximité des services;
- rendre les services accessibles, fluides et continus;
- soutenir l'utilisateur et ses proches dans la prise en charge de sa santé et son bien-être.

2. Une gestion de proximité empreinte d'humanisme et d'entraide

Les gestionnaires contribuent à :

- conserver un lien constant avec le personnel et les activités du terrain;
- susciter l'émergence des idées, des suggestions et à s'impliquer dans la recherche de solutions;
- encourager le travail d'équipe intra et inter directions;
- reconnaître les personnes, les équipes et leurs contributions;
- veiller à la santé de l'organisation et au bien-être des personnes;
- exercer un leadership transformationnel;
- mobiliser les équipes dans les activités quotidiennes.



Énoncé de la philosophie de gestion

« La philosophie de gestion du CISSS de la Montérégie-Ouest est humaniste et guidée par la volonté constante de questionner nos pratiques et de viser l'excellence des soins et services à notre clientèle. Nous valorisons les personnes et la contribution de tous dans l'atteinte de nos résultats communs. »

3. Une saine gestion visant l'atteinte des résultats

L'imputabilité de tous dans les actions et les décisions contribuent à :

- agir en cohérence avec les objectifs stratégiques tout en tenant compte de nos capacités organisationnelles;
- impliquer les bonnes personnes dans l'analyse des problèmes;
- rechercher activement les solutions en évaluant les différentes options;
- partager les ressources avec un souci d'efficacité et d'équité;
- privilégier la simplicité et la flexibilité;
- agir sur la base d'un ensemble de principes moraux, avec éthique;
- assurer une gestion rigoureuse, suivre et à mesurer les résultats en continu.

4. Une passion durable pour l'amélioration continue de la qualité

Le souci d'atteindre et de maintenir de hauts standards de qualité contribuent à :

- mettre à profit la richesse de nos compétences et de nos expériences;
- partager nos expertises multiples et complémentaires dans une approche interdisciplinaire;
- promouvoir les meilleures pratiques et à s'inspirer des données probantes;
- questionner et à revoir nos façons de faire;
- fournir des services de haute qualité.

Les pratiques de gestion

En cohérence avec nos quatre principes de gestion, le CISSS de la Montérégie-Ouest s'est doté de pratiques de gestion à sa couleur. Soutenues par des comportements à valoriser, ces pratiques serviront de levier afin d'atteindre les objectifs de gestion fixés.

1. Communiquer

Les comportements valorisés :

- favoriser une communication bidirectionnelle et diversifier nos stratégies de communication;
- mettre en place des tribunes d'échanges, saisir les opportunités et prendre le temps d'écouter;
- transmettre les bonnes informations aux bons moments;
- faire connaître et faire vivre nos projets, nos offres de service, nos orientations, nos objectifs et nos attentes.

La communication fait partie intégrante de chacune des pratiques de gestion.

2. Impliquer et collaborer

Les comportements valorisés :

- solliciter et encourager la participation active des équipes, des usagers et des partenaires aux projets et à la réalisation de notre mission;
- susciter l'émergence des idées et l'appropriation des projets et des changements;
- encourager le travail d'équipe et la responsabilisation de tous dans un projet commun;
- favoriser des lieux d'échanges, se partager nos connaissances et nos expertises;
- développer nos canaux de communication, créer des alliances et des partenariats dans les différents réseaux.

3. Gérer la performance

Les comportements valorisés :

- Établir des cibles pertinentes et cohérentes et les faire connaître;
- Tenir compte de la capacité organisationnelle et la respecter;
- Planifier, gérer de façon rigoureuse, s'outiller et favoriser l'efficacité et l'efficience;
- Se mesurer, s'évaluer, assurer le suivi des résultats, respecter ses engagements et ses obligations et en être imputable.

4. Se démarquer

Les comportements valorisés :

- Développer nos services et notre expertise en misant sur de hautes normes de qualité;
- Réfléchir et se questionner sur nos façons de faire, s'appuyer sur la recherche et les meilleures pratiques;
- Être curieux, susciter la création et la recherche de nouvelles idées;
- Proposer des projets novateurs, sortir des sentiers battus, saisir les opportunités d'amélioration;
- Apporter des correctifs nécessaires et effectuer de la rétroaction sur les actions effectuées;
- Être ouvert au changement.

5. Mettre la clientèle au cœur de nos actions

Les comportements valorisés :

- Comprendre et prendre en considération les besoins de la clientèle dans nos décisions;
- Adopter une philosophie de soins qui favorise le partenariat avec la clientèle et ses proches;
- Impliquer les équipes médicales, les équipes de soins, la clientèle et les partenaires dans le but de concerter nos actions;
- Croire au potentiel de la clientèle;
- Encourager une participation active aux soins et une responsabilisation de la clientèle et leurs proches;
- Permettre un accès fluide et une continuité des soins et des services;

- Favoriser la prévention de problématiques de santé de la population par la promotion de saines habitudes de vie;
- Offrir des soins et des services sécuritaires et de haute qualité à la clientèle.

6. Reconnaître et soutenir

Les comportements valorisés :

- Mettre les talents, les efforts et les réussites en avant-plan;
- Valoriser au quotidien les contributions et les compétences individuelles et collectives;
- Faire confiance, déléguer des mandats et des projets;
- Prendre le temps de s'intéresser aux autres et d'humaniser nos actions;
- Assurer une présence, une disponibilité et une écoute;
- Offrir les outils, les ressources et le temps nécessaire;
- S'intéresser à l'autre.

7. Être un modèle

Les comportements valorisés :

- Adhérer à la mission, la vision, aux valeurs et aux ambitions;
- Être un leader, donner du sens, donner l'exemple et être rassembleur;
- Donner de l'autonomie et offrir des défis stimulants;
- Coacher et encourager le développement des compétences et des personnes;
- Guider, donner de la rétroaction et s'intéresser à l'autre;
- Mettre la bonne personne à la bonne place, utiliser nos ressources à leur plein potentiel;
- Donner des orientations claires, des rôles et des responsabilités définis, assurer une équité dans l'application de nos décisions et de nos orientations, etc.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 850 personnes, 560 médecins*, dont 265 omnipraticiens et 295 spécialistes à travers 129 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 CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

* Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

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
- Prélèvements
- 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 et 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
- Trouble grave du comportement (TGC)

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
- 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

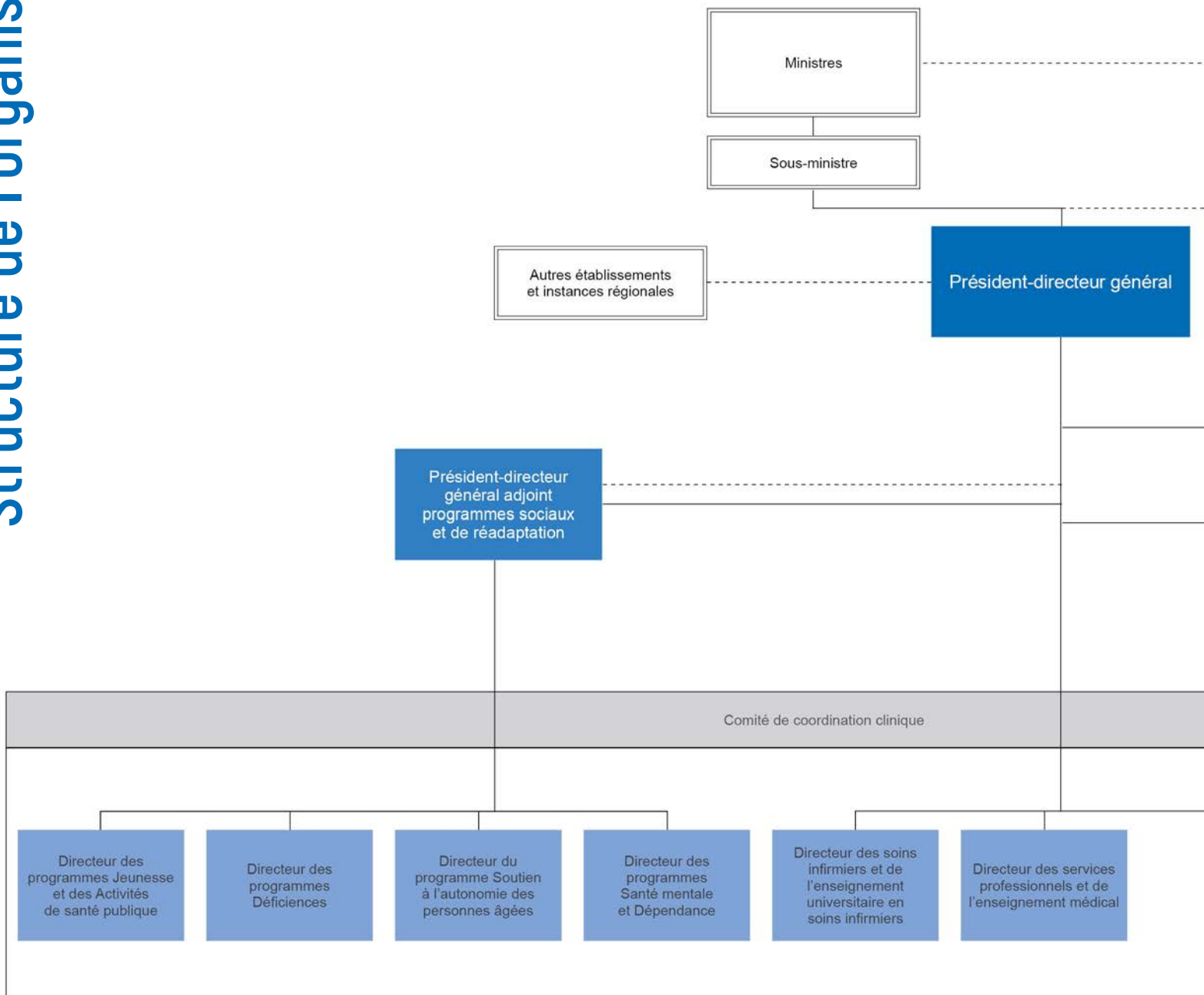
Soins palliatifs et de fin de vie

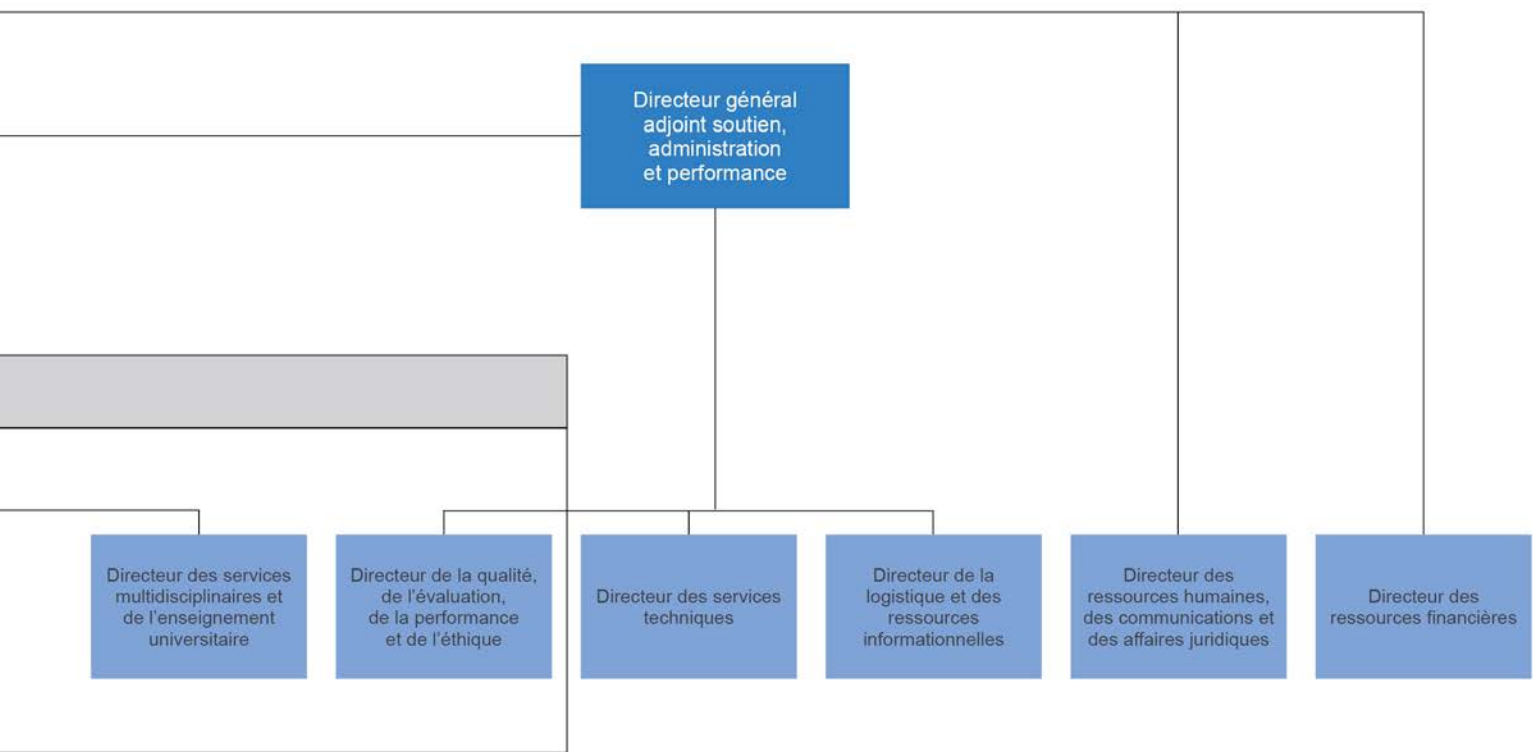
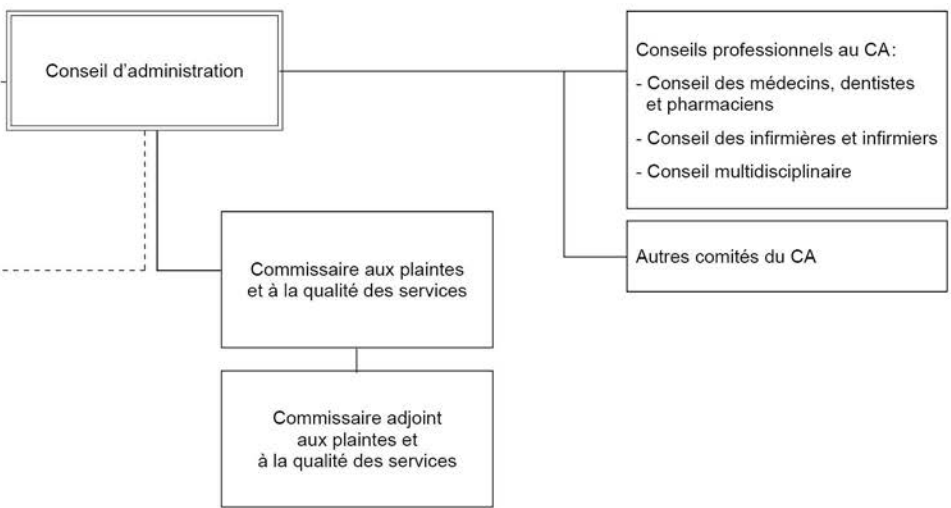
- Maison de soins palliatifs
- Répit et soutien aux aidants
- Soins palliatifs et de fin de vie à domicile
- Soins palliatifs et de fin de vie en établissement



Structure de l'organisation

Au 31 mars 2017





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



Martin Larose
Directeur 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

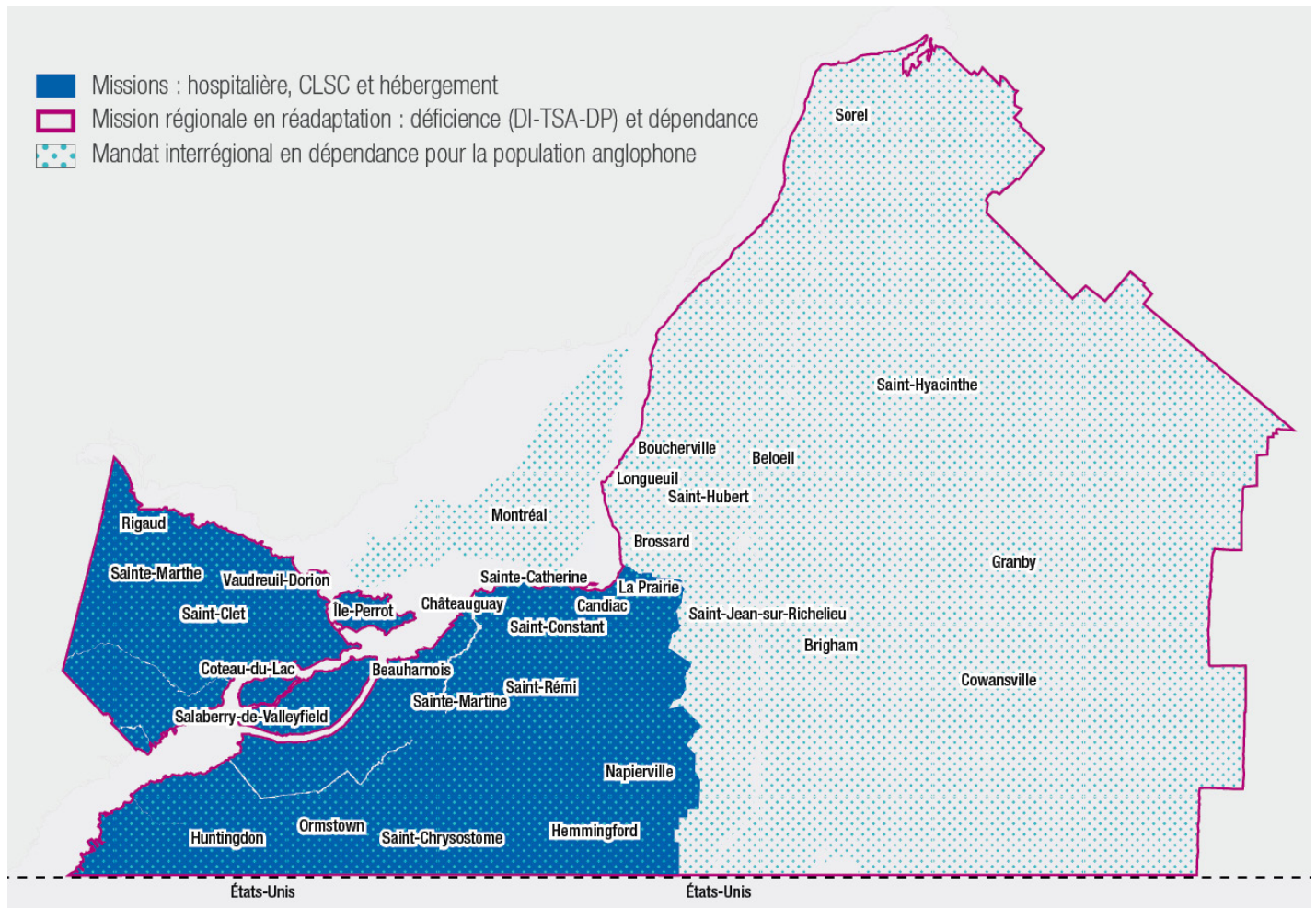


Dre Lucie Poitras
Directrice des services
professionnels et de
l'enseignement médical







Vincent Veilleux
Directeur des services
techniques

CISSS de la Montérégie-Ouest



Nos 129 installations comptent entre autres :

	3	Hôpitaux	5	Cliniques externes et centre de jour en santé mentale
	11	CLSC	11	Installations de réadaptation en dépendance
	11	Centres d'hébergement	54	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

CA, COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Liste des membres du conseil d'administration au 31 mars 2017

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



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



M. Michel Laurendeau
Membre indépendant,
vice-président - compétence
en ressources immobilières,
informationnelles ou 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)



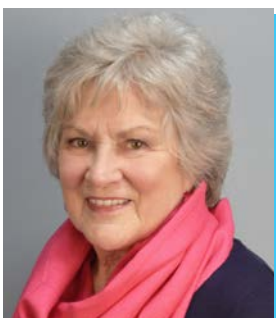
Mme Mélanie Caron
Membre désignée - comité
régional sur les services
pharmaceutiques (CRSP)



Mme Judith Dubé
Membre indépendante -
expertise dans les organismes
communautaires



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



**Mme Madeleine
Himbeault Greig**
Membre observateur sans
droit de vote - désignée par les
fondations de l'établissement
(depuis le 21 septembre 2016)



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



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

Conseil d'administration



Mme Annabelle Lefebvre
Membre désignée -
conseil multidisciplinaire (CM)



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 (CII)



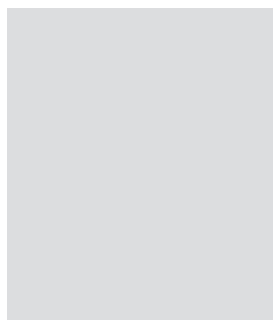
M. Jean-Pierre Rodrigue
Membre indépendant -
expertise en santé mentale



M. Serge St-Laurent
Membre observateur sans
droit de vote - désigné par les
fondations de l'établissement
(jusqu'en juin 2016)



M. Ghislain Rivet
Membre désigné - conseil
des médecins, dentistes et
pharmaciens (CMDP)



**Poste vacant
au 31 mars 2017**
Membre indépendant -
expérience vécue à titre
d'utilisateur des services sociaux

Bilan

Au cours de l'exercice 2016-2017, les membres du conseil d'administration ont tenu :

- 6 séances publiques régulières;
- 4 séances spéciales;
- 1 séance publique d'information annuelle;
- 5 séances de travail;
- 1 journée annuelle de réflexion.

Manquement au code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Il est à souligner qu'aucun manquement au code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs n'a été constaté au cours de l'année 2016-2017. De plus, aucune décision de sanctions n'a été imposée de même qu'aucune personne n'a été révoquée ou suspendue au cours de la période couverte par le présent rapport.

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

Faits saillants

Au cours de l'année 2016-2017, le conseil d'administration a procédé aux adoptions suivantes :

- le Règlement sur la désignation toponymique;
- la Politique relative à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, de ses comités et des conseils professionnels;
- la Politique d'accueil et de formation continue d'un nouvel administrateur;
- la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- la Politique de vacances des cadres;
- la Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle;
- la Politique de gestion des parcs de stationnement.

Le conseil d'administration a également traité des dossiers suivants :

- l'adoption des objectifs organisationnels prioritaires 2016-2017;
- la présentation du portfolio des services médicaux;
- l'adoption de la convention de cession d'exploitation d'activités concernant les activités de laboratoire dans le cadre du projet OPTILAB entre le CISSS de la Montérégie-Ouest et le CISSS de la Montérégie-Centre;
- l'adoption des règles de conservation des documents du CISSS de la Montérégie-Ouest 1^{re} partie (série de gestion);
- l'adoption de l'offre de service et des modalités pour soutenir la fonction éthique du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- l'adoption de la composition des membres du comité de gestion des risques;
- la constitution d'un comité consultatif pour le Centre de réadaptation Foster;
- l'harmonisation des dénominations des installations du CISSS de la Montérégie-Ouest – phase 2;
- la nomination du directeur des services professionnels et de l'enseignement médical;
- la nomination des chefs et adjoints aux chefs de départements médicaux;
- la nomination du directeur des ressources financières.

Comité de vigilance et de la qualité

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 Mélanie Dubé, invitée permanente par le président-directeur général en remplacement de madame Michelle Harvey

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 :

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration 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 recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de formuler les recommandations au conseil d'administration;
- émettre des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
- 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 2016-2017

Au cours de l'exercice 2016-2017, les membres du comité de vigilance et de la qualité se sont réunis à trois reprises. Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les points d'informations suivants :

- le bilan des activités du commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 décembre 2016 incluant les mesures correctives et recommandations adressées aux directions visées et au conseil d'administration, ainsi que leur réalisation;
- les recommandations du Protecteur du citoyen;
- les recommandations du médecin examinateur;
- le nombre de plaintes médicales en deuxième instance (comité de révision);
- les rapports des visites ministérielles d'évaluation de la qualité du milieu de vie et des plans d'action associés 2015-2016;
- l'évolution de l'élaboration du règlement du comité de gestion des risques;
- la gestion des risques – Rapport d'incident et accident 2016-2017 (P1 à P6);
- l'élaboration du registre de satisfaction de la clientèle;
- la prévention et le contrôle des infections (surveillance 2015-2016, mise à jour périodique (périodes 1 à 9), plan d'action – éclosion entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) à l'Hôpital du Suroît;
- le suivi d'agrément des anciennes installations et la préparation de la visite d'agrément 2017;
- la présentation du rapport annuel des mesures de contrôle 2015-2016;
- la présentation de la politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle;
- la présentation du plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie au CHSLD de Châteauguay;
- la présentation du plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie en RI-RTF santé mentale;
- le bilan des visites ministérielles d'évaluation de la qualité des milieux de vie.

Le comité a émis la recommandation suivante auprès du conseil d'administration :

- un soutien à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique,

pour que toutes les mesures nécessaires soient mises en place pour s'assurer de mettre en application le délai obligatoire de 48 heures ouvrables pour la déclaration des cas de gravité G-H-I (voir définition à la section *La sécurité et la qualité des soins et des services* – page 64).

Comité de gestion des risques

Composition du comité

Madame Mélanie Dubé en remplacement de madame Michelle Harvey, présidente

Madame Céline Rouleau, secrétaire et membre désignée par le président-directeur général

Madame Louise Larocque, membre - personne issue des unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM)

Madame Stéphanie Racine, membre - personne issue du comité consultatif CII

Madame Venessa Lafrenière, membre - personne issue du comité consultatif CM

Docteure Miguelle Sanchez, membre - personne issue du comité consultatif CMDP

Madame Jeanne Lemieux, membre - personne issue du comité des usagers

Madame Guylaine Auger, membre - personne issue du secteur de la santé et sécurité au travail

Postes vacants (2), membres désignées par et parmi les personnes qui, en vertu d'une entente de service visée à l'article 108 de la LSSSS, dispensent des services aux usagers pour le compte de l'établissement

Mandat général du comité

En vertu de l'article 183.1 de la LSSSS, le mandat de ce comité est de rechercher, développer et promouvoir des moyens pour assurer la sécurité et le soutien aux personnes. Le comité s'assure également de la mise en place d'un système de surveillance des incidents et des accidents et recommande au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration des mesures visant à prévenir la fréquence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

À cette fin, le comité de gestion des risques doit entre autres :

- identifier et analyser les risques d'incidents ou d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;

- émettre des recommandations au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration en matière de gestion des risques;
- prendre connaissance des rapports du coroner et s'assurer du suivi des recommandations.

Bilan des activités 2016-2017

Au cours de l'exercice 2016-2017, les membres du comité de gestion des risques se sont réunis à trois reprises. Au cours de ces rencontres, le comité s'est notamment penché sur les dossiers suivants :

- les travaux de mise en place du comité;
- la signature d'un engagement à la confidentialité par les membres;
- l'adoption de la fiche descriptive du comité de gestion des risques du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- les travaux sur l'élaboration des règles de fonctionnement du comité;
- l'évaluation de la gestion des risques :
 - le rapport des incidents et des accidents 2015-2016 et le bilan P1 à P9 de 2016-2017,
 - les événements sentinelles – la validation des mesures correctives,
 - le registre national des incidents et accidents,
 - le rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux,
 - les mesures d'urgence et la gestion des risques en lien avec les avis d'ébullition d'eau;
- la prévention et le contrôle des infections :
 - bilan annuel 2016-2017, état d'avancement des travaux du service de prévention et contrôle des infections, plan d'action sur l'éclosion EPC à l'Hôpital du Suroît;
- la proposition de mise en place de comités sectoriels en gestion des risques;
- le mandat du comité central d'évaluation de l'acte médical et le lien à assurer entre les deux instances.

Le comité de gestion des risques a émis la recommandation suivante auprès du comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration :

- effectuer un avis par rapport au délai de transmission des incidents de gravité G-H-I (voir définition à la section *La sécurité et la qualité des soins et des services* – page 64).

Comité de gouvernance et d'éthique

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

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

De façon plus spécifique, il doit entre autres :

- élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- rédiger 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);
- définir des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- concevoir un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- 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 2016-2017, les membres du comité de gouvernance et d'éthique se sont réunis à trois reprises. Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur les dossiers suivants :

- le questionnaire d'autoévaluation du fonctionnement du conseil d'administration, de ses comités et des conseils professionnels et ses modalités d'application;
- le tableau synoptique stratégique à l'intention des membres du conseil d'administration afin de détailler la mission, la vision, les ambitions et les valeurs de l'organisation tout en y intégrant les priorités organisationnelles;
- l'analyse de deux demandes de désignation toponymique;
- les modalités de gestion de la salle de pilotage;

- le tableau de bord pour le suivi des objectifs prioritaires;
- le manuel des règlements du conseil d'administration;
- la liste des sujets à traiter au comité de gouvernance et d'éthique.

Le comité a émis les recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- l'adoption du Règlement sur la désignation toponymique;
- l'adoption de la Politique relative à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, de ses comités et des conseils professionnels du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- l'adoption de la Politique d'accueil et de formation continue d'un nouveau membre du conseil d'administration;
- la reconduction des comités du conseil d'administration avec la même composition, et ce, jusqu'au 16 décembre 2017;
- la constitution d'un comité consultatif pour le Centre de réadaptation Foster;
- l'autorisation pour la désignation toponymique de la salle du conseil d'administration de l'Hôpital Anna-Laberge au nom de : *Dr-J.-Roger-Laberge*.

Comité de révision

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 LSSSS, le comité de révision doit transmettre au conseil d'administration de l'instance locale, avec copie au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 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, et ce dernier en intègre le contenu au rapport visé à l'article 76.10, ainsi qu'au rapport du Protecteur du citoyen.

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 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 2016-2017, les membres du comité de révision se sont réunis à cinq reprises. Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur les quatre demandes suivantes qui ont été soumises à la révision auprès du comité :

- 1 demande est suspendue depuis le 19 décembre 2016 en raison de l'incapacité d'agir de la plaignante;
- 1 demande de révision a été reçue par le médecin visé par la plainte;
- 2 demandes concernaient un ou des professionnels en milieu hospitalier.

De ces demandes, deux plaignants ont été entendus par le comité de révision au cours de l'exercice.

Motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision

Les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision sont en lien avec les éléments suivants :

- le comportement et les soins et services dispensés (1);
- les soins et services dispensés (1);
- le processus de réclamation (1);
- l'harcèlement psychologique (1).

Délai de traitement des demandes soumises

	1 – 60 jours	61 jours et +
2016-2017	3	1*

* Demande suspendue depuis le 19 décembre 2016 en raison de l'incapacité d'agir de la plaignante.

Recommandations

Sur les trois dossiers conclus :

- 2 dossiers confirmaient les conclusions du médecin examinateur;
- 1 dossier a fait l'objet d'une recommandation au médecin examinateur.

Comité de vérification

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
jusqu'au 14 juin 2016

Madame Madeleine Himbeault Greig, membre
depuis le 30 novembre 2016

Monsieur Yves Masse, invité permanent

Monsieur Martin Larose, secrétaire du comité,
invité permanent

Mandat général du comité

Le comité de vérification doit, entre autres :

- assurer la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- assurer la mise en place et 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).

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2016-2017, les membres du comité de vérification se sont réunis à sept reprises. Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les sujets suivants :

- la gestion financière;
- la planification budgétaire 2016-2017;
- les mesures d'optimisation 2015-2016 et 2016-2017;
- la formation aux membres sur le rapport financier annuel (AS-471) donnée par l'auditeur externe;
- le rapport financier annuel 2015-2016;
- les dépenses des administrateurs;
- les engagements financiers de 100 000\$ et plus;
- le rapport spécial sur les informations financières et non financières des laboratoires de biologie médicale (OPTILAB);
- le portrait des activités accessoires;
- le plan de vérification de l'auditeur externe pour 2016-2017;
- les mécanismes d'audits et de contrôles internes;
- la formation en gestion contractuelle donnée par le Secrétariat du Conseil du trésor;
- le suivi sur les commentaires des auditeurs 2015-2016;
- les processus de planification budgétaire 2017-2018 (orientations et paramètres).

Le comité a émis les recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- la planification budgétaire 2016-2017;
- les mesures d'optimisation 2016-2017;
- les résultats financiers (rapport AS-471) au 31 mars 2016;
- la désignation des signataires autorisés pour les affaires bancaires de l'ancienne composante du Haut-Saint-Laurent;
- le renouvellement des marges d'emprunts;
- la nomination de l'auditeur externe pour l'exercice financier 2016-2017;
- le régime d'emprunt à long terme;
- la désignation d'un responsable pour les affaires bancaires aux fins des transactions électroniques;
- le rapport budgétaire périodique (RR-444).

Comité des ressources humaines

Composition du comité

Monsieur Michel Laurendeau, président

Monsieur Richard Cloutier, secrétaire

Monsieur Roch Leblanc, membre

Monsieur Jean-Pierre Rodrigue, membre depuis le 30 novembre 2016 (présent 1 séance)

Monsieur Serge St-Laurent, membre jusqu'au 14 juin 2016

Monsieur Yves Masse, membre

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 doit notamment :

- assurer 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 et les proposer au conseil d'administration pour adoption;
- assurer l'existence de mécanismes de concertation et de consultation appropriés;
- recevoir et analyser des rapports portant sur le climat organisationnel en général;
- assurer 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;
- analyser toute problématique particulière pouvant survenir dans le cours de la réalisation des projets et effectuer des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu;
- assurer le suivi des divers dossiers et proposer des recommandations, s'il y a lieu;
- assurer 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, comme 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 à l'échelle locale ou régionale prévues à la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic;
- assumer tout autre mandat confié par le conseil d'administration.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2016-2017, les membres du comité des ressources humaines se sont réunis à quatre reprises. Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les dossiers suivants :

- les travaux de l'équipe de soutien à la transformation;
- les règles applicables concernant la rémunération des cadres;
- le plan de prévision de la main-d'œuvre et le plan de prévision des effectifs;
- le calendrier des séances du comité;
- l'évaluation du fonctionnement du comité;
- les objectifs prioritaires 2016-2017 – axe potentiel humain;
- la philosophie de gestion du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- le projet de loi 30 et ses impacts;
- les négociations locales – structure de gouvernance et dispositions locales;
- la détermination des classes salariales des cadres par le MSSS;
- le mois de la reconnaissance;
- le climat organisationnel;
- le tableau de bord et les indicateurs des ressources humaines : temps supplémentaire, main-d'œuvre indépendante et assurance salaire;
- le Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux;

- le sondage sur la qualité de vie au travail;
- le plan d'action santé, sécurité et mieux-être au travail et le plan d'action volet prévention;
- le plan de main-d'œuvre du projet OPTILAB;
- l'état de situation sur les besoins de main-d'œuvre pour l'été 2017.

Le comité a émis les recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- la Politique de vacances des cadres;
- la convention de fin d'engagement d'un cadre.

Comité immobilisation et environnement

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.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2016-2017, les membres du comité immobilisation et environnement se sont réunis à six reprises (cinq assemblées ordinaires et une assemblée spéciale). Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les points d'informations suivants :

- l'inspection technique des bâtiments – présentation des résultats de la phase 1;
- le tableau de suivi des projets de construction de plus de 100 000 \$ actifs;
- la présentation du parc immobilier mission hospitalière;
- la Politique sur la gestion des parcs de stationnement;
- la présentation du parc immobilier mission CHSLD;
- l'inspection technique des bâtiments – présentation des résultats de la phase 2.

Le comité a également émis les recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- l'autorisation de renouvellement d'un bail – 315, rue MacDonald, Saint-Jean-sur-Richelieu;
- l'autorisation de procéder à un échange de terrain vacant situé à Salaberry-de-Valleyfield;
- l'autorisation de modification d'un bail – 87 B, boulevard Marie-Victorin, Candiac;
- l'autorisation de renouvellement d'un bail – 21, rang Sainte-Anne, Saint-Chrysostome;
- l'autorisation de déclaration d'un immeuble excédentaire et autorisation de signature d'un bail – boutique Hôpital Anna-Laberge;
- l'autorisation du maintien des antennes de télécommunications sur le toit de l'Hôpital du Suroît;
- l'adoption du rapport annuel d'activités du comité immobilisation et environnement pour la session 2015-2016;
- l'autorisation de signature d'un bail – 230, boul. Brisebois, Châteauguay (service d'ophtalmologie);
- l'autorisation de renouvellement d'un bail – 61, rue Morgan, Sorel-Tracy;
- l'adoption des plans triennaux 2016-2019 de maintien des actifs;
- l'adoption de la Politique de gestion des parcs de stationnement;

- l'adoption des plans triennaux 2016-2019 de conservation de l'équipement et du mobilier – non médical;
- l'adoption du plan de conservation et de fonctionnalité immobilière 2016-2019 – rénovation fonctionnelle mineure.

Comité soins et services à la clientèle

Composition du comité

Madame Michèle Goyette, présidente

Madame Céline Rouleau, secrétaire

Madame Line Ampleman, membre

Monsieur Philippe Besombes, 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 améliorer le continuum de soins et services et à s'assurer de sa fluidité. De façon plus détaillée, il doit :

- assurer le suivi des dossiers clinico-administratifs du conseil des infirmières et infirmiers (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 les 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;

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

De façon plus spécifique, le comité doit notamment :

- 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 au regard de l'organisation des services cliniques au sein de l'établissement;
- procéder à la révision des règlements du CII, CM et CMDP et en recommander l'adoption au conseil d'administration;
- assurer la mise à jour du plan d'organisation clinique, départements et services cliniques.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2016-2017, les membres du comité soins et services à la clientèle se sont réunis à quatre reprises. Durant ces rencontres, ils se sont notamment penchés sur les sujets suivants :

- le portrait des besoins en lits d'hébergement programme SAPA;
- le projet Destination milieu de vie;
- le plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité – bilan 2015-2016 et planification 2016-2017;
- l'entente de gestion – indicateurs cliniques;
- le cadre de gestion des groupes de médecine de famille (GMF);
- le plan d'action régional en santé publique 2016-2021 de la Montérégie;
- le plan d'investissement des services de soutien à domicile (SAD) de longue durée;
- l'état de situation sur les protocoles d'entente convenus – continuum de service en déficience;
- la planification de réalisation du portfolio de l'organisation des services médicaux 2016-2020;
- la rétention de la clientèle hospitalière (projet 514-450) - volet DSIEU;

- le plan d'action donnant suite aux recommandations de la Commission de la santé et des services sociaux sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD;
- la planification de l'implantation du Cadre de référence RI-RTF;
- la présentation du plan d'action santé mentale 2015-2020 : « Faire ensemble et autrement » et du plan de mise en œuvre du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- la participation au programme FORCES : « Une trajectoire renouvelée en santé mentale pour un meilleur accès aux services »;
- l'état de situation sur le rehaussement des effectifs en CHSLD.

Le comité a émis les recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- l'approbation du plan de conservation de l'équipement et du mobilier – volet équipement médical :
 - exercice 2015-2016 – l'ancienne composante de Jardins-Roussillon;
 - exercice 2016-2019 – CISSS de la Montérégie-Ouest.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Composition du comité exécutif

Docteur Gaétan Fillion, président et physiatre

Docteur Sidney Maynard, vice-président et omnipraticien

Docteur Joseph Itovitch, vice-président et chirurgien

Docteur Benjamin Dahan, trésorier et neurologue

Docteure Monique Rozon-Rivest, secrétaire et omnipraticienne

Docteure Claude Bourassa, conseillère et chirurgienne

Docteur Guillaume Bessière, conseiller et omnipraticien

Docteur Justin Wight, conseiller et omnipraticien

Docteur Pierre-Luc Ouellet, conseiller et interniste

Docteure Andréa Chabot-Naud, conseillère et omnipraticienne

Madame Maude St-Onge, conseillère et pharmacienne

Docteure Lucie Poitras, directrice de la DSPEM

Monsieur Yves Masse, président-directeur général

Mandat général du conseil

Le CMDP 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 CISSS de la Montérégie-Ouest.

Plus spécifiquement :

- contrôler et apprécier la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques;
- évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens;
- effectuer des recommandations pour la nomination des médecins, dentistes et pharmaciens;
- établir des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et sur 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;
- émettre des recommandations concernant 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

Le CMDP a poursuivi ses activités en tenant compte du contexte de la création récente de la nouvelle organisation, et ce, conformément au mandat que lui confère la LSSSS. Les responsabilités du CMDP sont exercées par le comité exécutif formé de 11 membres actifs élus par le conseil. Le président-directeur général et la directrice des services professionnels et de l'enseignement médical font aussi partie du comité exécutif.

La période 2016-2017 étant la première année du comité permanent suivant l'intégration, plusieurs enjeux locaux, mais également régionaux ont mobilisé l'énergie du comité exécutif, avec un souci constant de son mandat dans l'établissement, tout en ayant également une préoccupation d'harmonisation des façons de faire au sein des diverses composantes de l'organisation. C'est dans ce contexte que plusieurs protocoles et ordonnances collectives ont été créés ou révisés, pour une utilisation dans l'ensemble de l'établissement. L'adoption de ces outils cliniques va permettre de standardiser la prise en charge par l'usage de protocoles communs.

De plus, considérant que les membres du comité exécutif sont issus d'anciennes composantes spécifiques et de différents départements, le conseil a initié cette année des visites pour leurs membres dans les divers départements et installations afin de mieux comprendre la situation spécifique de chacun ainsi que leurs enjeux en termes de qualité de la pratique. Ces visites leur ont en plus fourni l'occasion de discuter de la réalité du terrain avec le chef de département.

Au cours de l'exercice qui se termine, le département de médecine générale du site de l'Hôpital Anna-Laberge et le département d'urgence du site de l'Hôpital du Suroît ont reçu la visite de l'exécutif. Considérant l'intérêt des membres de l'exécutif, mais aussi des chefs de départements, ces visites se poursuivront dans la prochaine année. Ces sujets font l'objet d'un point spécifique lors de la rencontre régulière où les membres discutent des enjeux soulevés par les chefs de départements.

Conseil des infirmières et infirmiers

Composition du comité exécutif

Madame Chantal Rochefort, présidente, infirmière, DPSAPA

Madame Isabelle Loïselle, vice-présidente, infirmière, DPD

Monsieur Philippe Besombes, secrétaire, directeur, DSIEU

Madame Pamela Arnott, officière, infirmière, DSPEM

Madame Marie-Ève Auclair, officière (jusqu'en janvier 2017), infirmière, DSIEU

Madame Brigitte Bujold, officière, infirmière, DSIEU

Madame Isabelle Gendron, officière, infirmière, DPSMD

Monsieur Dave Métras, officier, infirmier, DSPEM

Madame Judith Normandeau, officière, infirmier, DSIEU

Madame Patricia Quirion, officière, infirmière, DPJASP

Madame Danielle Paquin, officière, infirmière, DQEPE

Madame Stéphanie Racine, officière, infirmière, DPSAPA

Madame Micheline Dufour, présidente du CIIA, infirmière auxiliaire, DPSAPA

Madame Katy Charlebois, vice-présidente du CIIA, infirmière auxiliaire, DSIEU

Monsieur Yves Masse, président-directeur général (PDG)

Madame Céline Rouleau, présidente-directrice générale adjointe, substitut au PDG

Madame Chantal Careau, directrice adjointe des soins infirmiers, de la qualité et l'évolution de la pratique, DSIEU

Mandat général du conseil

Les responsabilités du conseil des infirmières et infirmiers envers le conseil d'administration sont les suivantes :

- apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le CISSS 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 l'établissement;
- émettre des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans le CISSS;
- émettre des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans l'organisation;
- émettre des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le CISSS;
- 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 LMRSSS, article 87);
- 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 LMRSSS, article 87);
- 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 LMRSSS, article 87);
- fournir un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent (LSSSS, article 220);
- donner son avis au président-directeur général sur les questions suivantes :
 - organisation scientifique et technique du CISSS,
 - 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);
- assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2016-2017, les membres du CECII ont tenu cinq rencontres de 7 heures en présence et une rencontre téléphonique d'une heure.

Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur ce qui suit :

- les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières concernant :
 - le droit de prescrire,
 - la sédation palliative continue,
 - l'évaluation du triage à l'urgence,
 - les rôles et les responsabilités de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaire en endoscopie digestive;
- les consultations du CECII sur différents dossiers et les émissions d'opinions concernant :
 - l'attraction et la rétention du personnel,
 - la prise en charge de la maladie d'Alzheimer (GMF-SAD),
 - les responsabilités et les rôles des infirmières et des infirmiers auxiliaires en CHSLD,
 - les infirmières praticiennes spécialisées (IPS),
 - la procédure concernant l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle,
 - la formation évaluation physique et mentale,
 - la procédure et la vérification des permis de pratique et le dossier sur les mesures de contrôle,
 - le projet Destination milieu de vie,
 - la délégation des actes aux non professionnels,
 - le projet GMF,
 - la visite et l'information sur les salles de pilotage,
 - l'évaluation du fonctionnement du CII,
 - le projet d'élaboration du plan clinique de l'Hôpital de Vaudreuil-Soulanges;

- la mise en fonction du comité des infirmières et des infirmiers auxiliaires;
- la mise en fonction du comité relève infirmière;
- la participation à la Commission infirmière régionale;
- la mise en place d'un plan de communication avec le Service des communications;
- la participation en tant que membre aux rencontres du CECII de l'Association des Conseils des Infirmières et Infirmiers du Québec (ACIIQ);
- l'organisation d'une formation accréditée sur « Les soins infirmiers basés sur les forces » offertes par Annie Chevrier, professeure au BACC en nursing intégré à l'Université McGill en octobre 2016;
- la planification entourant les activités du mois des soins infirmiers dont l'organisation de visioconférences sous les thèmes suivants :
 - 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;
- l'assemblée générale et le souper-conférence du 19 mai 2016 avec monsieur Mario DiCarlo et madame Emmanuelle Simony intitulé « Le patient-partenaire ». Près de 190 personnes y ont assisté au Club de Golf Belle Vue à Léry.

Il est à noter qu'aucune élection n'a eu lieu en 2017.

En mars 2017, s'est tenue une séance de photos des infirmières et infirmiers de l'établissement dans le but de concevoir différents outils, notamment le dépliant du CII.
En vedette : Annie Rouleau, Dave Métras et Edith Paquette Lemieux



Conseil multidisciplinaire

Composition du comité exécutif

Madame Nancie Poulin, présidente, travailleuse sociale et conseillère professionnelle, DPD

Madame Noémie Boisclair, vice-présidente, psychoéducatrice, DPSMD

Monsieur Maxime Massignani, trésorier, technicien en éducation spécialisée, DPD

Madame Roxanne Héroux, responsable des communications, agente de planification, programmation et recherche, DSMEU

Madame Claudiane Coutu-Arbour, secrétaire, éducatrice spécialisée, DPD

Madame Caroline Boudreault, officière, hygiéniste dentaire, DPJASP

Monsieur Jérémie Daoust, officier, éducateur spécialisé, DPD

Madame Venessa Lafrenière, officière, éducatrice spécialisée, DPD

Madame Mélissa Leduc, officière, ergothérapeute, DSMEU

Madame Renée Perrier, officière, archiviste, DSPEM

Madame Josianne Prairie, officière, ergothérapeute, DSMEU

Madame Guylaine Sarrazin, officière, travailleuse sociale, DPSMD

Madame Isabelle Violet, officière, ergothérapeute, DPSAPA

Monsieur Yves Masse, président-directeur général

Monsieur Stéphane Dubuc, directeur de la DSMEU

Mandat général du conseil

Le conseil multidisciplinaire (CM) a la responsabilité de voir à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle au CISSS de la Montérégie-Ouest. 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 CM a un pouvoir de recommandation et d'avis et joue donc un rôle-conseil. Le conseil multidisciplinaire 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 et doit notamment :

- 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;
- émettre 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;
- 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.

Bilan des activités

La dernière année a permis de poursuivre les travaux visant à consolider les assises du CM. En ce sens, un cadre de référence pour le traitement d'une demande d'avis ou de recommandation au conseil multidisciplinaire est en voie d'être complété et sera soumis prochainement au conseil d'administration pour approbation. Une fiche d'inscription pour les présentateurs ainsi qu'une grille d'analyse lors d'une consultation au CM ont également été élaborées.

Des travaux ont aussi eu lieu pour la création d'un comité sur le maintien et la promotion de la compétence professionnelle. Ce comité travaillera de concert avec la Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire ainsi qu'avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. Il aura pour mandat d'étudier le plan d'action conçu, de formuler les avis nécessaires ainsi que de recommander

divers moyens visant à maintenir et promouvoir la compétence des membres du CM.

De plus, une équipe de travail s'est penchée sur la question des comités de pairs afin d'établir un cadre de référence qui tiendra compte des travaux déjà réalisés à cet effet par l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ). Des projets de comités de pairs sont déjà identifiés pour la prochaine année. Le comité a également participé aux rencontres du comité de gestion des risques de l'établissement et à celles du comité stratégique de prévention des infections.

Finalement, la présidente du conseil multidisciplinaire et le président-directeur général du CISSS de la Montérégie-Ouest ont participé, à titre de conférenciers, au Colloque annuel de l'ACMQ et ont présenté une conférence sous le thème «CECM-PDG: une alliance clé à développer». La présidente a également participé aux deux tables de concertation des présidents des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires (CECM) du Québec. Elle est également membre du comité ad hoc de l'ACMQ qui se penchera sur la CMuR (commission multidisciplinaire régionale).

Le conseil multidisciplinaire s'est aussi penché sur les activités suivantes :

- un plan de communication bonifié et la création d'une identité visuelle;
- le portrait actualisé des membres;
- la consultation sur la politique et la procédure des mesures de contrôle;
- l'information sur le programme de financement et des mesures mises en place en soutien à l'intégration des professionnels en GMF;
- la participation au sondage de l'ACMQ sur le transfert des professionnels dans les GMF;
- l'information sur le projet OPTILAB;
- le sondage auprès des membres sur leurs préoccupations.

Comité des usagers

Composition du comité exécutif

Madame Lucille Bargiel, présidente

Madame Micheline Tellier, vice-présidente

Monsieur Paul St-Laurent, secrétaire et trésorier

Madame Nicole Marleau, déléguée du conseil d'administration

Monsieur Normand Beauchemin, membre

Monsieur Jean-Gilles Bourdeau, membre

Madame Irène Koneckny, membre

Madame Thérèse Legault, membre

Madame Jeanne Lemieux, membre

Madame Judith Lussier, membre

Madame Debra Shea, membre

Madame Francine Waelput, membre

Madame Suzanne Globensky, personne-ressource

Mandat général du comité

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) a poursuivi ses efforts tout au long de l'année avec le souci premier de soutenir les comités de proximité dans le cadre de leurs fonctions. Étant indispensables pour représenter la réalité spécifique de nos diverses missions, les comités de proximité sont également des incontournables afin de répondre au défi que comporte l'étendue du territoire qui va au-delà de la Montérégie-Ouest (Montérégie et 2 RLS en Estrie pour la réadaptation et la dépendance en plus de l'île de Montréal pour la dépendance secteur anglophone).

Bilan des activités

Parmi ses activités, le CUCI a organisé des rencontres afin de faire comprendre le rôle du comité ainsi que de sa répondante, et d'assurer une transmission des informations sur l'organisation des services. Il est primordial de continuer d'exercer un rôle de vigie par rapport aux droits des usagers et ainsi aider à prévenir la négligence et la maltraitance. C'est pourquoi les comités souhaitent s'impliquer davantage dans l'exercice de leur fonction d'évaluation de la qualité des services.

D'autre part, plusieurs enjeux ont été soulevés en cours d'année dont celui du financement des comités de proximité à mission régionale. Aussi, le bilan de leurs activités confirme l'importance de se doter d'une personne-ressource afin de les soutenir, tout particulièrement dans l'exercice de leurs fonctions de coordination et d'harmonisation.

Le CUCI tient à remercier les personnes bénévoles qui quittent le comité après y avoir contribué depuis ses débuts : mesdames Francine Waelput, du Centre d'hébergement Docteur-Aimé-Leduc, Jeanne Lemieux de l'ancienne composante du Virage et Debra Shea de l'ancienne composante des SRSOR. Leur présence a été significative dans la mise en place du CUCI. Merci aussi à Micheline Tellier, la vice-présidente, qui s'est montrée si disponible toute l'année, à Nicole Marleau pour son engagement au conseil d'administration et au comité de vigilance.

Comité d'éthique

Composition du comité exécutif

Monsieur Vincent Tam, responsable du comité, coordonnateur – gestion de la qualité et des risques

Madame Chantal Bégin, chef de service soutien gestion de la qualité et des risques DI-TSA et DP

Monsieur Yvan Girard, chef de l'accès aux services

Madame Sophie Poirier, directrice adjointe des services multidisciplinaires volet qualité et évolution de la pratique, remplacée par madame Louise Harvey, conseillère cadre – qualité de la pratique clinique

Madame Manon Rousse, coordonnatrice soutien à l'autonomie des personnes âgées – Suroît et Vaudreuil-Soulanges

Madame Nathalie Tremblay, coordonnatrice clinique

Mandat général du comité

Le comité transitoire d'éthique clinique du CISSS de la Montérégie-Ouest, composé de membres des comités d'éthique clinique des anciennes composantes, a été créé et assure la réponse aux demandes de consultation des équipes cliniques. Référant tant aux valeurs organisationnelles que personnelles, différentes instances (prestataires de soins de santé, usagers, membres de la famille ou organisation) sont parfois en contradiction à propos des valeurs qui sous-tendent la meilleure décision à prendre dans une prestation de services. Le comité transitoire d'éthique clinique soutient ainsi les équipes en préconisant le dialogue comme mécanisme de réflexion nécessaire aux bons choix et aux meilleures actions à poser dans un contexte de prestation de services.

Bilan des activités

Afin de soutenir les équipes cliniques et d'amorcer un processus de reconstitution d'un comité d'éthique clinique au sein de l'établissement, une entente de service a été signée le 21 décembre 2016 avec le Centre d'éthique du CISSS de Laval. Celui-ci aidera le comité dans le développement de contenu, la formation et le transfert de connaissances en matière d'éthique. Au cours de la dernière année, des travaux sur l'élaboration d'une structure pour soutenir les activités ont commencé. Deux activités de sensibilisation ont déjà été offertes sous forme de midi-conférence en éthique clinique.

FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS

Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique

Une entente a été signée entre le CISSS de la Montérégie-Ouest et le GMF Le Trait d'Union. Par cette entente, les institutions s'engagent à harmoniser leurs efforts afin de faciliter l'arrimage et l'accès aux services infirmiers et médicaux de prévention et de contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) à la population âgée de 12 à 24 ans du secteur desservi par ce GMF sur le territoire de Jardins-Roussillon. Dans le cadre de l'entente, le GMF Le Trait d'Union s'engage à offrir une couverture infirmière en santé sexuelle de 7 heures par semaine ainsi qu'une couverture médicale équivalente.

La mise en place d'une clinique jeunesse au Collège de Valleyfield a renforcé la prévention et le contrôle des ITSS auprès de cette clientèle étudiante. De plus, l'intégration d'une infirmière du CISSS de la Montérégie-Ouest à l'équipe de professionnels du Collège, à raison de deux jours par semaine, nous a permis de constater les bénéfices de cette initiative auprès de la clientèle visée.

Des travaux ont été entamés au cours de la dernière année, suite à l'obtention d'un soutien financier provenant du MSSS et permettant de nommer une chargée de projet, afin d'évaluer la faisabilité de déployer un service de sage-femme et une maison des naissances sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest. Des recommandations quant aux actions à mettre en place et aux lieux pouvant potentiellement accueillir ces services seront transmis au MSSS au cours de la prochaine année.

Une clinique a vu le jour au mois de février 2016, en partenariat avec le Dr Diaa Eldin Bibi, pédiatre, pour des jeunes soupçonnés d'avoir un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). L'objectif de cette nouvelle offre de service est de soutenir les médecins de famille du territoire de Vaudreuil-Soulanges éprouvant des difficultés à établir ces diagnostics ainsi que d'orienter le traitement pharmacologique lorsque celui-ci est jugé requis. La clinique, ouverte une journée par semaine, a reçu 124 jeunes au cours de la dernière année.

Le programme ÉQUIPE (Étude québécoise de l'intervention parentale chez les enfants québécois avec des problèmes de comportement) a été mis en place depuis mai 2016. Avec la collaboration du CHU Sainte-Justine qui a accompagné les équipes concernées par le biais d'un programme de formation et de recherche, des professionnels de la direction ont créé six cohortes de parents sur le territoire de Vaudreuil-Soulanges ainsi que deux cohortes sur le territoire de Jardins-Roussillon. Ces groupes pouvant compter jusqu'à 25 parents, et favorisant le développement des compétences parentales, renforcent les relations avec les enfants, augmentent la coopération et aident à résoudre les problèmes vécus à la maison. Après l'intervention des groupes du programme ÉQUIPE, 40 % à 50 % des parents n'avaient plus besoin de services des programmes en santé mentale et en jeunesse pour leur enfant.

Le recrutement de nouveaux médecins accoucheurs permet d'assurer une accessibilité accrue pour les suivis en gynécologie et de grossesses dans les secteurs de Jardins-Roussillon et du Suroît. En effet, la population peut compter sur trois nouveaux gynécologues et deux omnipraticiens au Pavillon des naissances de l'Hôpital Anna-Laberge et sur trois nouveaux gynécologues et trois omnipraticiens au Centre mère-enfant de l'Hôpital du Suroît.

Direction des programmes Déficiences

L'élaboration du premier plan d'action à l'égard des personnes handicapées (PAPH) pour le CISSS de la Montérégie-Ouest a été complété. L'objectif est de réduire les obstacles à l'intégration des usagers et des employés aux prises avec un handicap.

La réduction du délai d'attente pour les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) âgées entre 0 et 5 ans est passée de 200 jours à 140 jours.

L'harmonisation du mode d'allocation du soutien à la famille (SAF) permet désormais des allocations directes sur l'ensemble du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest. L'ensemble des familles qui se qualifient pour ce programme d'aide financière a maintenant accès à du soutien financier rapidement alors que les demandes sont traitées de façon uniforme et équitable sur l'ensemble du territoire.

Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

La révision et l'harmonisation des structures de soins en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont été mises de l'avant. Ce projet d'envergure assure la présence clinique (infirmière) sur tous les quarts de travail et donne à chaque résident le même accès aux soins, peu importe l'endroit où il réside dans l'un de nos 11 CHSLD. L'augmentation de la présence des infirmières dans les milieux permet le développement des pratiques dans un souci de qualité et de sécurité pour les résidents et leurs proches.

La réduction des listes d'attente en CHSLD a été possible grâce à l'intégration de 64 nouvelles places pour les personnes en grande perte d'autonomie, situées à l'Hôpital Sainte-Anne (Sainte-Anne-de-Bellevue, île de Montréal), mieux connue sous le nom d'Hôpital des vétérans. Dans le cadre du transfert de la gestion de cet établissement du gouvernement fédéral vers le gouvernement provincial, 64 places supplémentaires seront également intégrées dans notre parc de lits au cours de l'année 2017-2018.

Une prise en charge plus rapide et une offre accrue pour de l'aide et des soins à domicile permettent d'observer une réduction significative des durées de séjour pour les personnes âgées dont l'épisode de soin aigu est stabilisé. Grâce au projet Destination milieu de vie, la grande majorité des demandes d'hébergement pour les personnes en grande perte d'autonomie sont maintenant faites à partir du domicile et non plus à partir de l'hôpital, pour le plus grand bénéfice de la clientèle. Concrètement, en début d'année financière, plus de 15 % de nos lits de courte durée pouvaient être occupés par des patients étant à un niveau de soins alternatifs (NSA), alors qu'au 31 mars 2017, la moyenne par période était descendue à 8,6 %.

Direction des programmes Santé mentale et Dépendance

La modernisation et l'harmonisation de l'ensemble des services sociaux généraux dans un contexte de délocalisation des travailleurs sociaux et autres professionnels vers les groupes de médecine de famille (GMF) ont été réalisées. En effet, 30 % des effectifs faisant partie des équipes de services sociaux généraux ont été dirigés vers les GMF. Cette réorganisation conditionne une incontournable révision des services actuels en CLSC visant à :

- répondre à 75 % des demandes de consultations psychosociales (en CLSC ou en GMF) en moins de 30 jours;
- réorganiser la trajectoire de service (CLSC – GMF) afin d'en améliorer la fluidité et l'arrimage;
- réorganiser le travail en CLSC de façon efficiente afin de maintenir l'offre de service.

Un programme de remédiation cognitive (ce projet à l'étude concerne « Le programme Synapse » actuellement implanté aux États-Unis) a été mis de l'avant. Traduit et adapté par les chercheuses Dre Geneviève Gagnon, neuropsychologue de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, en collaboration avec Dre Marjolaine Masson, neuropsychologue et membre associée à l'Institut universitaire McGill, ce programme vise l'amélioration des fonctions cognitives par l'enseignement de stratégies favorisant la priorisation, la planification et l'organisation. La clientèle ciblée par l'étude en santé mentale adulte et dépendance doit avoir un état stabilisé en dépendance. Deux groupes font partie du projet d'une durée de 10 semaines ayant débuté en septembre 2016 alors que deux autres ont commencé en janvier 2017.

À la suite d'une révision des processus, il y a eu une augmentation du taux d'occupation passant de 74 % en 2015-2016 à 95 % en 2016-2017 dans les services résidentiels en dépendance de Saint-Philippe pour la clientèle anglophone de la Montérégie et de Montréal. La révision de l'offre de service a permis d'augmenter le taux d'occupation des services résidentiels. Par conséquent, l'accessibilité aux services est améliorée et permet à plus d'usagers de bénéficier du bon niveau de soins que requiert leur condition. Cela a été possible grâce à :

- une clarification des conditions d'admission et des critères d'exclusion aux services résidentiels;
- une identification de critères de priorisation pour assurer une plus grande accessibilité aux services à des clientèles vulnérables;
- une clarification du processus de gestion des demandes d'admission et de gestion de la liste d'attente;
- une identification des mécanismes de liaison avec les référents.

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

L'ajout de sept nouvelles places en médecine de jour à l'Hôpital Anna-Laberge pour un total de 11 places a été réalisé. En offrant un service alternatif à l'hospitalisation, la médecine de jour permet une utilisation efficace et judicieuse des lits de courte durée, améliorant l'accès aux lits pour la clientèle nécessitant une hospitalisation. De plus, cet ajout contribue à désengorger le Service d'urgence en s'assurant que l'utilisateur reçoive les soins requis, au bon endroit et au bon moment.

L'ajout de 12 nouveaux lits à l'Hôpital Anna-Laberge ainsi que de 19 nouveaux lits de courte durée à l'Hôpital du Suroît s'est inscrit dans le cadre du projet de rétention des Montérégiens afin qu'ils soient traités dans un réseau local de services (RLS) à proximité de leur domicile. Ces investissements majeurs représentent une excellente nouvelle pour la population puisqu'ils contribuent à diminuer la durée moyenne de séjour sur civière dans nos urgences. De plus, ce projet a permis la création de 21 postes équivalent temps complet.

Un soutien actif a été réalisé dans l'implantation du droit de prescrire pour l'infirmière au sein de l'établissement. Le nombre d'infirmières possédant un profil de prescriptrice et travaillant dans les secteurs visés au CISSS de la Montérégie-Ouest est estimé à environ 160. Celles-ci permettront à l'organisation d'optimiser les interventions auprès de la clientèle de notre territoire, d'éviter la fragmentation de l'offre de service et de réduire les délais dans la prestation de soins. Œuvrant majoritairement en soins de proximité, elles sont autorisées à prescrire certains médicaments ou analyses de laboratoire pour des situations cliniques spécifiques dans les domaines de soins de plaies, de santé publique et des problèmes courants de santé.

Direction des services professionnels et de l'enseignement médical

Le début des activités au bloc opératoire d'Ormstown a permis une meilleure accessibilité aux soins pour la population. La clientèle ciblée de notre CISSS peut maintenant être dirigée à l'Hôpital Barrie Memorial pour y recevoir des services de chirurgie orthopédique.

Le projet de mise à niveau des unités d'endoscopie digestive a permis :

- d'élaborer une nouvelle trajectoire pour le dépistage du cancer colorectal sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- de centraliser la gestion de la liste d'attente permettant de faciliter la réception, l'analyse et l'orientation des demandes par la création de **deux guichets d'endoscopie*** (Hôpital Anna-Laberge et Hôpital du Suroît);
- d'harmoniser les pratiques médicales et les pratiques infirmières tout en utilisant différents outils développés dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.



*L'équipe du guichet d'accès d'endoscopie du Suroît :
Josée Bourdeau, Suzanne Benoit, Carmen Roy,
Anne-Marie Pinard, Cinthia Constant, accompagnée
de Marie Pavageau, chargée de projet

La réorganisation des plateaux techniques en imagerie médicale a eu un impact favorable pour la clientèle quant à la diminution des délais d'attente :

- le transfert d'un échographe cardiaque à l'Hôpital Anna-Laberge permet désormais de voir six patients de plus par jour, soit l'équivalent d'environ 1 500 patients par année. Les délais d'attente sont passés de 54 mois à plus ou moins 5 mois en une demi-année;
- le transfert d'un échographe général à l'Hôpital Anna-Laberge permet maintenant de voir 14 patients de plus par jour, soit l'équivalent d'environ 3 500 patients par année. De plus, l'ajout de plages horaires la fin de semaine (depuis le 18 décembre 2016) permet de voir en moyenne 20 patients de l'urgence par fin de semaine (désengorgement);
- le transfert d'un échographe cardiaque à l'Hôpital du Suroît permet d'effectuer 20 examens de plus par semaine et ouvre une offre de service pour les examens transœsophagiens (13 cas à ce jour depuis décembre 2016);
- l'optimisation du *scanner* au Haut-Saint-Laurent permet de voir 10 à 15 patients de plus par jour, soit l'équivalent d'environ 3 000 patients par année. Les délais d'attente sont passés de 6 mois à moins de 3 mois; quant à l'Hôpital Anna-Laberge, la réorganisation des plateaux techniques en imagerie médicale a permis de réduire les délais de 12 mois à moins de 6 mois;
- l'ouverture des salles de l'imagerie par résonance magnétique les soirs, grâce à un financement du MSSS, a permis pour l'année en cours de voir environ 2 500 patients de plus en 5 mois au sein de l'établissement. Les délais d'attente sont passés globalement de 10 mois à moins de 5 mois.

Aussi, l'année 2016-2017 aura été excellente pour le développement des groupes de médecine de famille (GMF). Le secteur de Jardins-Roussillon a accueilli ses quatre premiers GMF avec le GMF Le Trait d'Union, le GMF Roger Laberge, le GMF Carrefour Santé Le Saint-Laurent ainsi que le GMF Mercier. Les territoires du Haut-Saint-Laurent, du Suroît et de Vaudreuil-Soulanges comptaient déjà de nombreux GMF qui, en 2016-2017, ont augmenté de façon substantielle leur nombre de patients inscrits.

Le département de pharmacie a procédé au rattachement des services de distribution de la pharmacie du secteur de Vaudreuil-Soulanges à l'Hôpital du Suroît afin de consolider l'équipe et de maximiser les équipements existants. De plus, les activités de pharmacie du Haut-Saint-Laurent qui étaient imparties au privé ont aussi été prises en charge par l'équipe du Suroît. La consolidation des activités est une étape importante dans l'harmonisation des pratiques pour le département de pharmacie.

Les transports ambulanciers en provenance des secteurs de Beauharnois (incluant Maple Grove et Melocheville) ainsi que de Saint-Étienne-de-Beauharnois sont maintenant dirigés vers l'Hôpital Anna-Laberge, et ce, de façon permanente. Cette nouvelle mesure permet à la population de bénéficier d'un accès facilité aux soins et aux services ainsi que d'une prise en charge optimale. Réduisant la pression exercée sur le Service d'urgence de l'Hôpital du Suroît qui recevait annuellement 1 000 ambulances de plus que l'Hôpital Anna-Laberge, ce changement permet un partage plus équitable du nombre d'ambulances entre nos différents hôpitaux.

Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire

La réalisation de la phase 1 du projet OPTILAB a été élaboré dans le respect des échéanciers conformément aux orientations ministérielles. Tous les employés des laboratoires du CISSS de la Montérégie-Ouest sont dorénavant regroupés sous la gouvernance du CISSS de la Montérégie-Centre.

Le réaménagement du centre de prélèvement de l'Hôpital du Suroît permet désormais :

- une meilleure accessibilité pour la clientèle;
- une meilleure ergonomie de travail bénéfique tant pour la clientèle que pour les professionnels;
- une salle d'attente plus accueillante et conviviale.

L'évaluation en profondeur du processus de planification des congés dans les trois hôpitaux de l'établissement a été réalisée. Plusieurs intervenants, gestionnaires et médecins ont participé à la démarche et ont ainsi contribué à faire ressortir les éléments à corriger et les bonnes pratiques à maintenir. Un rapport complet a été déposé avec les recommandations d'ajustements à mettre en place, afin d'harmoniser et

d'améliorer le processus de planification de congé. Un guide de pratique est en rédaction et en implantation dans un projet pilote depuis mars 2017.

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

Le modèle de gestion par salle de pilotage, bien que différent du modèle habituel, est celui déployé au CISSS de la Montérégie-Ouest. En effet, ce modèle de rencontres dynamiques se passe en position debout et se prête à l'analyse des panneaux d'information apposés sur les murs (indicateurs, projets en cours, projets en attente, capacité organisationnelle, etc.) ainsi qu'à la prise de décision. Favorisant une compréhension commune des parties prenantes des projets et objectifs organisationnels, elle assure aussi une communication bidirectionnelle où tous les acteurs sont mis à contribution pour assurer la pérennité de bons résultats dans l'amélioration des soins et des services.

La poursuite des travaux pour la démarche d'agrément: **tous unis pour la qualité!** s'est déroulée tout au long de l'année. La première visite qui aura lieu du 26 novembre au 1^{er} décembre 2017 sera consacrée à l'évaluation des secteurs administratifs et de deux secteurs cliniques, soit les programmes en santé physique et en déficiences. En préparation, 20 équipes-qualité ont travaillé à mettre en place leur plan d'amélioration continue de la qualité en lien avec les normes et les pratiques organisationnelles à atteindre.

L'amélioration de la mesure des indicateurs de performance pour mieux soutenir nos actions envers la clientèle est un travail d'équipe en continu. L'équipe performance a accompagné l'ensemble des directions dans l'identification des indicateurs de suivi, mais surtout la déclinaison des actions au sein des opérations alimentant le résultat de l'indicateur. Cet exercice a permis d'aller au-delà du suivi d'un indicateur, permettant d'analyser ce qui se trouve derrière les chiffres.

Direction des services techniques

L'actualisation du projet de relocalisation des directions administratives amorcé lors de la création de l'établissement s'est poursuivie. Cette démarche sans précédent a permis aux directions administratives de se regrouper afin de soutenir les directions cliniques dans la transformation. L'opération a nécessité l'analyse détaillée de près de 15 installations afin de réaliser les regroupements à même le parc immobilier existant. Près de 170 personnes ont été déménagées durant la dernière année.

L'harmonisation et l'optimisation des gardes de l'établissement ont été actualisées. Trois gardes de niveau tactique ont été créées: clinico-administrative, services professionnels et mesures d'urgence de même que sécurité civile. Un nouvel outil (une valise de garde électronique) pour soutenir les gestionnaires en service a aussi été déployé.



Les membres des équipes-qualité pour la démarche d'agrément

Direction de la logistique et des ressources informationnelles

La centralisation du Service de l'approvisionnement sur deux pôles a permis l'uniformisation de la gestion contractuelle et des pratiques de travail ainsi que l'optimisation du Service des achats pour mieux desservir les besoins de l'établissement.

La mise en place d'une centrale de transports favorisant l'optimisation dans la gestion des processus de transport des usagers permet désormais une meilleure utilisation des accompagnements des usagers ainsi qu'une meilleure planification de ceux-ci.

Les travaux en cours en vue de l'optimisation du Service alimentaire permettront une uniformisation du menu et des recettes sur l'ensemble du territoire de l'établissement. En conformité avec les balises nutritionnelles et alimentaires émises par le MSSS, le CISSS de la Montérégie-Ouest s'assure ainsi de l'amélioration de la qualité de son offre alimentaire.

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

La conclusion d'ententes patronales-syndicales sur les règles de transfert du personnel des directions cliniques dans les nouvelles structures a permis d'éviter des chaînes de supplantation.

En mars dernier s'est tenue la première journée de consultation sur l'**accès des soins et des services en langue anglaise** réunissant les principaux acteurs anglophones du territoire de la Montérégie-Ouest. En plus d'être l'occasion de tisser des liens avec nos partenaires et ainsi améliorer la collaboration, l'objectif de cette vaste consultation était d'échanger pour faire émerger les bonnes pratiques et contribuer à l'élaboration de la mise à jour du prochain Programme d'accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise du CISSS de la Montérégie-Ouest.



La nouvelle Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail a été déployée en cours d'année.

Plusieurs activités de reconnaissance à portée organisationnelle, dont le mois de la reconnaissance (octobre 2016), se sont tenues tout au long de l'année.

Le Service du développement organisationnel et des personnes a développé un cadre de référence et une méthodologie en gestion du changement grandement inspirés du modèle proposé par Michel Maletto. En plus d'outiller les gestionnaires, cette méthodologie soutient la gestion du volet humain de façon à mettre en place les conditions de succès du changement. En tout, 300 personnes ont été formées au cours de l'année dont l'ensemble des gestionnaires ainsi que certains professionnels dont le travail consiste à assister les différentes équipes dans la gestion de changement. Notons qu'une version condensée de la formation a aussi été offerte aux représentants syndicaux.

Un soutien important a été réalisé pour les deux projets impliquant le transfert de personnel vers le CISSS de la Montérégie-Centre, soit le projet de régionalisation de la paie en Montérégie et le projet OPTILAB.

Le programme national de coaching a été mis en œuvre, et ce, avec une approche novatrice favorisant un coaching organisationnel d'équipe déterminant les nouveaux rôles des gestionnaires dans le contexte de transformation.

Les travaux du Service des communications dans le but de créer un nouvel intranet pour l'établissement ainsi qu'un nouveau site Web régional, et ce, en collaboration avec les deux autres CISSS de la Montérégie, ont débuté et se poursuivront au cours de la prochaine année.

Plus de 70 personnes, représentant une cinquantaine d'organisations, ont participé à la journée de consultation sur l'accès des soins et des services en langue anglaise.

Le Service des affaires juridiques a complété sa première année d'existence depuis sa création, ce qui représente des économies de plus de 300 000 \$ par année sur l'achat de services externes et donc une utilisation plus efficiente des budgets pour des services juridiques.

Enfin, il y a eu près de 700 personnes embauchées, tous emplois confondus, dans un contexte de transformation où les défis de recrutement sont nombreux alors que plusieurs structures de l'établissement étaient revues au même moment.

Direction des ressources financières

La consolidation des opérations et la révision de certains contrôles internes ont permis d'uniformiser le traitement des opérations et de le rendre plus efficient.


Le projet de régionalisation de la paie par le transfert des employés, le rapatriement des activités locales, de même que la révision des processus de vérification et d'autorisation des comptes de dépenses ont été finalisés.

La préparation du premier budget consolidé de même que le premier rapport financier annuel du CISSS de la Montérégie-Ouest ont été réalisés.

Une participation active aux travaux préparatoires aux transferts des activités de laboratoire (projet: OPTILAB) a eu lieu tout au long de l'année.

La fusion partielle des bases de données financières, permettant de réduire de 10 à 7 bases de données en opération, facilite désormais les travaux comptables et les analyses pour les différents gestionnaires.

La participation des équipes aux différentes redditions de comptes relatives aux enveloppes de développements reçues a été réalisée en cours d'exercice.

A woman with long dark hair and glasses, wearing a white lab coat, is smiling and looking down at a small object she is holding in her hands. The background is a blurred laboratory setting with other people. A semi-transparent grid pattern is overlaid on the entire image. The text is in white, bold, sans-serif font.

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

Légende

N. A. : Non applicable N. D. : Non disponible

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------

Axe d'intervention : Prévention des infections

Objectif de résultats : Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
Reddition de comptes				
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24) : Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.				

Axe d'intervention : Première ligne et urgence

Objectif de résultats : Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne

1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	9	11	12	13
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	67,20 %	75 %	70,59 %	75 %
Reddition de comptes				
1.09.25-PS Nombre total de GMF : L'engagement convenu est atteint.				
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille : L'engagement n'est pas atteint. Plusieurs mesures ont été prises afin de soutenir l'inscription auprès des médecins de famille. À ce titre, nous soutenons l'initiative du département régional de médecine générale (DRMG) de la Montérégie de fixer à chaque médecin une cible d'inscription de patients en provenance du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). En outre, nous avons augmenté le personnel administratif et infirmier au sein de nos GAMF afin d'être en mesure de satisfaire la demande. Nous avons ajouté du personnel administratif au GMF Vaudreuil-Soulanges (CLSC) et au GMF-U Jardins-Roussillon afin de soutenir la prise en charge de patients en provenance du GAMF. Dans le cas de ces deux GMF, le nombre de patients inscrits a doublé durant la dernière année.				
Au 31 décembre 2016, le GAMF (pour le territoire de la Montérégie-Ouest) comptait 28 184 inscriptions. Un projet, porté par le DRMG, prévoit que le guichet d'accès ait traité toutes ces inscriptions au 31 décembre 2017. Les médecins du territoire ont reçu leurs cibles d'inscription et le rythme des inscriptions à un médecin de famille se poursuit présentement de manière soutenue.				
Malgré la non-atteinte de notre objectif, la progression est tout de même importante, compte tenu de la grandeur de notre population qui totalise 450 000 personnes. Cela représente plus de 15 000 inscrits de plus qu'en 2015-2016, et ce, malgré plusieurs départs à la retraite en cours d'année. Avec un ajout de médecins de famille conséquent sur notre territoire, nous sommes persuadés d'atteindre le 75 % en 2017-2018.				

Axe d'intervention : Première ligne et urgence

Objectif de résultats : Réduire le temps d'attente à l'urgence

1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	23,93	12	23,38	12
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 %	60 %	46,3 %	70 %
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	43,5 %	60 %	42,4 %	70 %
Reddition de comptes				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence : L'engagement n'est pas atteint. Afin d'améliorer les résultats, plusieurs actions ont été mises en place, notamment la planification de congés et un projet visant une prise en charge optimale des personnes âgées de 75 ans et plus. D'autres initiatives, comme le rehaussement du soutien à domicile et la mise en place du plan de transformation NSA (niveau de soins alternatifs) sont des moyens complémentaires permettant d'éviter le recours à l'urgence et de libérer des lits. Il faut noter que l'urgence de l'Hôpital du Suroît accueille des patients en provenance de la région de Vaudreuil-Soulanges; en 2016-2017, 41 % de ces patients se présentaient à l'urgence.				
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures et 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures : Les engagements n'ont pas été atteints, mais demeurent stables par rapport à l'an passé. Le CISSS de la Montérégie-Ouest a débuté un projet afin de mettre en place des moyens pour améliorer les délais de prise en charge de la clientèle à l'urgence. Ainsi, et en concertation avec la première ligne, un projet axé sur les priorités 4 et 5 est en cours d'implantation. Ce projet a comme finalité d'établir le pont entre les GMF et les urgences en vue de diminuer le recours des usagers catégorisés P4 et P5 aux urgences. De plus, un autre projet visant l'augmentation des patients pris en charge en moins de 2 heures débutera dans les prochaines semaines.				
Mentionnons également qu'un plan de contingence a été adopté récemment; les mesures qu'il contient visent à se prémunir contre l'engorgement des urgences et maintenir un taux d'occupation de moins de 100%.				

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
Axe d'intervention : Services spécialisés				
Objectif de résultats : Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	5	0	6	0
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	93,8%	90%	88,3%	95%
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100%	100%	100%	100%
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100%	100%	100%	100%
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	9,4%	80%	46,9%	80%
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	98,8%	90%	97,6%	100%
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	70,5%	90%	60,6%	90%
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	49,1%	50%	76,4%	90%
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	59%	50%	67,4%	90%
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
Reddition de comptes				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies : L'engagement convenu n'est pas atteint. Toutefois, un virage important dans les processus internes de planification des chirurgies a été mis en place ces derniers mois, principalement à l'Hôpital Anna-Laberge. Nous allons atteindre la cible pour l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Ouest en 2017-2018. La poursuite de la gestion proactive a pour objectif d'éliminer l'attente des usagers de plus de neuf mois et, éventuellement de plus de six mois.				
1.09.34.02-PS Attente pour les scopies : Le résultat de 88,3% se trouve dans les limites de l'atteinte de la cible. Certaines interventions ont été faites hors délai pendant la période d'absence temporaire de radiologistes dans l'une des composantes du CISSS, ce qui a légèrement affecté le résultat. Comme nous attendons l'arrivée d'un radiologiste en juillet 2017, le résultat devra s'améliorer.				
1.09.34.05-PS Attente pour les échographies cardiaques : L'engagement n'est pas atteint. Une réorganisation et une optimisation des services ont été réalisées, 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. Une épuration clinique et administrative ainsi que la hausse des volumes d'activité en lien avec la réorganisation depuis septembre 2017 expliquent l'augmentation significative du résultat 2016-2017 comparativement au résultat 2015-2016 (+37,5%). Nous anticipons l'atteinte de la cible de 80% pour 2017-2018.				
1.09.34.07-PS Attente pour les autres échographies : L'engagement n'est pas atteint. On note une détérioration du résultat cette année comparativement à l'année dernière (-10%). Cette diminution est le résultat d'absence temporaire de radiologistes dans une installation du CISSS de novembre 2016 à avril 2017. À la suite de la nouvelle entente conclue entre le MSSS et les laboratoires d'imagerie médicale, nous avons débuté la réorientation d'une partie de notre clientèle vers ces ressources privées. Nous croyons que ces mesures permettront de réduire les délais d'attente en 2017-2018 et d'atteindre la cible de 90%.				
1.09.34.08-PS Attente pour la tomodensitométrie : L'engagement n'est pas atteint. La hausse de 27% de nos résultats comparativement à l'année dernière a été réalisée grâce à un exercice d'optimisation mis en place à l'Hôpital Barrie Memorial, qui nous a permis d'augmenter les volumes d'activité et de réduire les temps d'attente dans les deux autres hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Ouest. De plus, le financement supplémentaire octroyé par le MSSS pour l'amélioration de l'accès a grandement porté ses fruits. Par contre, l'importante hausse des références (+10 à 15%) pour la clientèle oncologique à la suite du rapatriement du 514-450 particulièrement du côté de Châteauguay demeure un défi pour l'atteinte de notre cible de 90%. Tel que démontré au plan clinique du CISSS de la Montérégie-Ouest, un deuxième tomodensitomètre pour l'Hôpital Anna-Laberge devra faire l'objet d'un projet de développement.				
1.09.34.09-PS Attente pour les résonances magnétiques : L'engagement n'est pas atteint. La hausse de 8% de nos résultats s'explique par l'augmentation de nos volumes autorisés par le MSSS à la suite de l'ajout d'un financement nous ayant permis d'augmenter nos heures d'ouverture. L'atteinte de la cible fixée est tributaire de la reconduction de ce financement. Autrement, l'atteinte de la cible est en péril, car nous notons une hausse de 13% du volume d'entrée des requêtes. Des démarches ont été effectuées auprès de nos médecins afin de les conscientiser sur la pertinence des références musculo-squelettiques en résonance magnétique.				
Les engagements convenus sont atteints pour les indicateurs 1.09.34.03 (attente pour les mammographies diagnostiques), 1.09.34.04 (attente pour les échographies obstétricales) et 1.09.34.06 (attente pour les échographies mammaires).				

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------

Axe d'intervention : Services spécialisés

Objectif de résultats : Améliorer la survie des patients atteints de cancer

1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	72,9%	90%	75,2%	90%
---	-------	-----	-------	-----

Reddition de comptes

1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier : L'engagement n'est pas atteint. Toutefois, un virage important dans les processus internes de planification a été mis en place ces derniers mois, principalement à l'Hôpital Anna-Laberge. Nous allons atteindre la cible pour l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Ouest en 2017-2018. Les données obtenues durant les dernières périodes montrent une amélioration substantielle des résultats.

Axe d'intervention : Sécurité et pertinence

Objectif de résultats : Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile	100%	100%	100%	100%
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	66,7%	100%	100%	100%
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	N. D.	100%	100%	100%

Reddition de comptes

Les engagements convenus des trois indicateurs ont été atteints.

Axe d'intervention : Personnes âgées

Objectif de résultats : Améliorer les services de 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	4 774	4 914	4 986
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	80,3%	80%	66,3%	90%

Reddition de comptes

1.03.11- PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée : L'engagement est atteint.

1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) : L'engagement convenu n'est pas atteint. L'ancienne composante Jardins-Roussillon a été un site pilote en 2016-2017 pour l'expérimentation de la nouvelle version du réseau local de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) et la validation des outils de cheminement clinique informatisés (OCCI). Le déploiement des nouveaux outils a rendu l'atteinte de l'engagement difficile.

De plus, les récents budgets d'investissement en SAD ont été investis prioritairement dans la nouvelle prise en charge des usagers inscrits sur les listes d'attente, ce qui a retardé l'exercice d'évaluation et la mise en place des plans d'intervention.

Afin d'améliorer les résultats, plusieurs actions ont été mises de l'avant, notamment un encadrement plus serré des ressources, une stabilisation de celles-ci à la suite des investissements octroyés au programme de soutien à domicile, l'implantation du RSIPA bonifié « stabilisé » et des OCCI dans toutes les installations et l'implantation des rapports personnalisés en lien avec le projet SAD, objet prioritaire. Ces actions permettront à l'établissement d'atteindre l'engagement de 90%.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------

Axe d'intervention : Personnes âgées

Objectif de résultats : Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	0%	100%	100%	100%
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	33,3%	33,3%	100%	100%
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	75%	50%	100%	100%

Reddition de comptes

Les engagements convenus des trois indicateurs sont atteints.

Axe d'intervention : Personnes vulnérables

Objectif de résultats : Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	952	1 030	1 025	1 100
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	27	39	27	39

Reddition de comptes

1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile : L'engagement convenu est atteint.

1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie : L'engagement n'est pas atteint. Celui-ci sera atteint en 2017-2018 avec l'ouverture prévue en septembre 2017 de douze lits au Centre d'hébergement de La Prairie.

Axe d'intervention : Personnes vulnérables

Objectif de résultats : Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

1.05.15-PS Délai moyen d'accès en jours pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	N. D.	200	133,69	133,69
---	-------	-----	--------	--------

Reddition de comptes

1.05.15-PS Délai moyen d'accès en jours pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA : L'engagement est atteint. Nous poursuivons les efforts afin d'améliorer le résultat.

Axe d'intervention : Personnes vulnérables

Objectif de résultats : Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	289,8	310	293,8	580
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	183,6	189	183,6	189

Reddition de comptes

1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère : L'engagement est atteint à hauteur de 95%. La non-atteinte complète de l'engagement convenu est attribuable aux enjeux de remplacement de quelques absences. Néanmoins, l'établissement a réussi à assurer quatre places supplémentaires comparativement à l'année dernière.

1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère : L'engagement est atteint à hauteur de 97%.

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendance travaille de concert avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques dans le but de pourvoir les postes vacants.

Axe d'intervention : Personnes vulnérables

Objectif de résultats : Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau

1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	68,8%	75%	76,2%	77%
---	-------	-----	-------	-----

Reddition de comptes

1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance : L'engagement convenu est atteint.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
Axe d'intervention : Mobilisation du personnel				
Objectif de résultats : Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	6,21 %	6,15 %	7,24 %	6,15 %
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,73 %	2,90 %	3,39 %	2,90 %
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,27 %	1,54 %	0,92 %	0,92 %
Reddition de comptes				
<p>3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire : L'engagement n'est pas atteint. L'année 2016-2017 a été une autre année de grande transformation pour le personnel. Les activités prévues au plan d'action adopté l'année dernière continuent d'être mises en place selon les échéanciers. Un plan d'action sur la prévention et la promotion de la santé du personnel a été adopté cette année et différentes mesures sont en cours d'implantation. L'indicateur est suivi dans la salle de pilotage stratégique, mais également dans les salles tactiques et opérationnelles, et ce, afin d'assurer un meilleur suivi. Également, l'établissement utilise les différentes activités de soutien offertes par le MSSS.</p>				
<p>3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires : L'engagement n'est pas atteint. L'augmentation des heures supplémentaires est en grande partie attribuable à la hausse de l'absentéisme et liée aussi à la pénurie de main-d'œuvre dans certains titres d'emploi. En plus des plans d'action mentionnés ci-haut, plusieurs actions sont en cours de réalisation pour favoriser la consolidation des équipes de travail, notamment par le biais de rehaussement des structures pour l'autoreplacement, de rehaussement de postes à temps partiel, de garanties d'heures pour le personnel à temps partiel occasionnel et du plan de contingence avec substitution de titres d'emploi.</p>				
<p>3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante : L'engagement convenu est atteint.</p>				

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------

Secteur d'activités : Santé publique

1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14)	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (anciennement 1.01.15)	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.

Reddition de comptes

1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé : Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.

1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14) : Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.

1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (anciennement 1.01.15) : Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.

Secteur d'activités : Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales

1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100 %	100 %	100 %	100 %
---	-------	-------	-------	-------

Reddition de comptes

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 : L'engagement convenu est atteint.

Secteur d'activités : Services généraux – Activités cliniques et d'aide

1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.

Reddition de comptes

1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins : Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.

1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique : Cet indicateur ne fait pas partie de l'EGI de notre CISSS.

Secteur d'activités : Services généraux – Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	N. D.	85 %	84,5 %	85 %
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	488 566	500 932	516 442	525 664

Reddition de comptes

1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 : L'engagement est atteint.

1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services : L'engagement est atteint.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------

Axe d'intervention : 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 %	93,5 %	90,9 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	97,2 %	90 %	96 %	96 %
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 %	97,4 %	97,1 %
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	73,5 %	90 %	71,4 %	90 %

Reddition de comptes

1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS : L'engagement n'est pas atteint. C'est majoritairement au niveau des priorités modérées que nous avons des difficultés de réponses dans les délais prescrits. Pour ce qui est des demandes urgentes et élevées, nous respectons les délais d'accès.

Lorsque nous comparons l'année 2015-2016 à celle de 2016-2017, nous remarquons une augmentation de 343 demandes de services. Malgré ce fait, nous avons réussi à desservir 327 usagers de plus comparativement à l'année précédente.

Le suivi d'indicateurs du plan d'accès en salle de pilotage tactique nous permettra de suivre l'évolution des listes d'attente de façon plus soutenue et concertée. Nous sommes toujours en période de réorganisation clinique de nos équipes. L'offre de service par programme permettra de mettre en place des modalités d'accès aux services plus rapide, fluide et en continuité. L'ajout de ressources avec le plan d'action TSA nous permettra de diminuer l'attente des usagers. Un suivi des listes d'attente plus rigoureux par l'harmonisation des données et des modalités (listes aux semaines plutôt qu'aux mois) est en cours pour les gestionnaires/responsables cliniques.

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

1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS : L'engagement est atteint.

1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS : L'engagement est atteint.

Secteur d'activités : 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 %	93 %	93 %
---	--------	------	------	------

Reddition de comptes

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 : L'engagement est atteint.

Secteur d'activités : Santé mentale

1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 90 jours	346	294	262	N. A.
---	-----	-----	-----	-------

Reddition de comptes

1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 90 jours : L'engagement est atteint.

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
Secteur d'activités : Santé physique – Cancérologie				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	96,6 %	100 %	98,5 %	100 %
Reddition de comptes				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier : L'engagement n'est pas atteint, mais le sera en 2017-2018. L'écart de 1,5% est associé aux cas d'exceptions nécessitant une organisation particulière telle la présence de deux spécialistes.				
Secteur d'activités : Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	47,6 %	100 %	100 %	100 %
Reddition de comptes				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité : L'engagement convenu est atteint.				
Secteur d'activités : Ressources technologiques				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
Reddition de comptes				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) : Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.				

Chapitre III Les attentes spécifiques

SECTION 1 : SANTÉ PUBLIQUE			
No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État : R = Réalisé à 100% N. A. = Non applicable S. O. = Sans objet
1.1	Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	N. A. Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.
1.2	Comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	R
SECTION 2 : SERVICES SOCIAUX			
No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État : R = Réalisé à 100% N. A. = Non applicable S. O. = Sans objet
2.1	Liste des installations et organismes au sein du RSSS devant implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	N. A. Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.
2.2	Programme d'intervention en négligence	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme.	R
2.3	Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	N. A. Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.
2.4	Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	R

SECTION 2 : SERVICES SOCIAUX (suite)			
No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État : R = Réalisé à 100% N. A. = Non applicable S. O. = Sans objet
2.5	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R
2.6	Application du nouveau lexique des variables du Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH)	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables et, d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	R
2.7	Portrait des lits de soins et services postaigus	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et son fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	R

SECTION 3 : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE			
No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État : R = Réalisé à 100% N. A. = Non applicable S. O. = Sans objet
3.1	Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25), doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera effectué sous la forme d'états de situation.	R
3.2	Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : plan d'action triennal 2016-2019 et suivi des réalisations	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être développé en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	R
3.3	Plan d'action par établissement réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	R
3.4	Déploiement des groupes de médecine de famille	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirmeront la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	R
3.5	Addenda – Mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certaines actions, mesures ou certains livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	N. A. Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.
3.6	Poursuite de développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rhaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	N. A. Cette reddition de comptes est annulée par le MSSS.

SECTION 4 : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État : R = Réalisé à 100% N. A. = Non applicable S. O. = Sans objet
4.1	Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30% de la superficie de son parc immobilier en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60%. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R
4.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Par le remplissage du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voit à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R

SECTION 5 : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État : R = Réalisé à 100% N. A. = Non applicable S. O. = Sans objet
5.1	Addenda – comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.	S. O. Cette reddition de comptes ne fait pas partie de notre EGI.
5.2	Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	N. A. Cette reddition de comptes est effectuée régionalement par le CISSS de la Montérégie-Centre.
5.3	Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	R
5.4	Gestion des risques en sécurité civile – santé et services sociaux	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	R
5.5	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivi auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	N. A. Cette reddition de comptes ne fait pas partie de notre EGI.

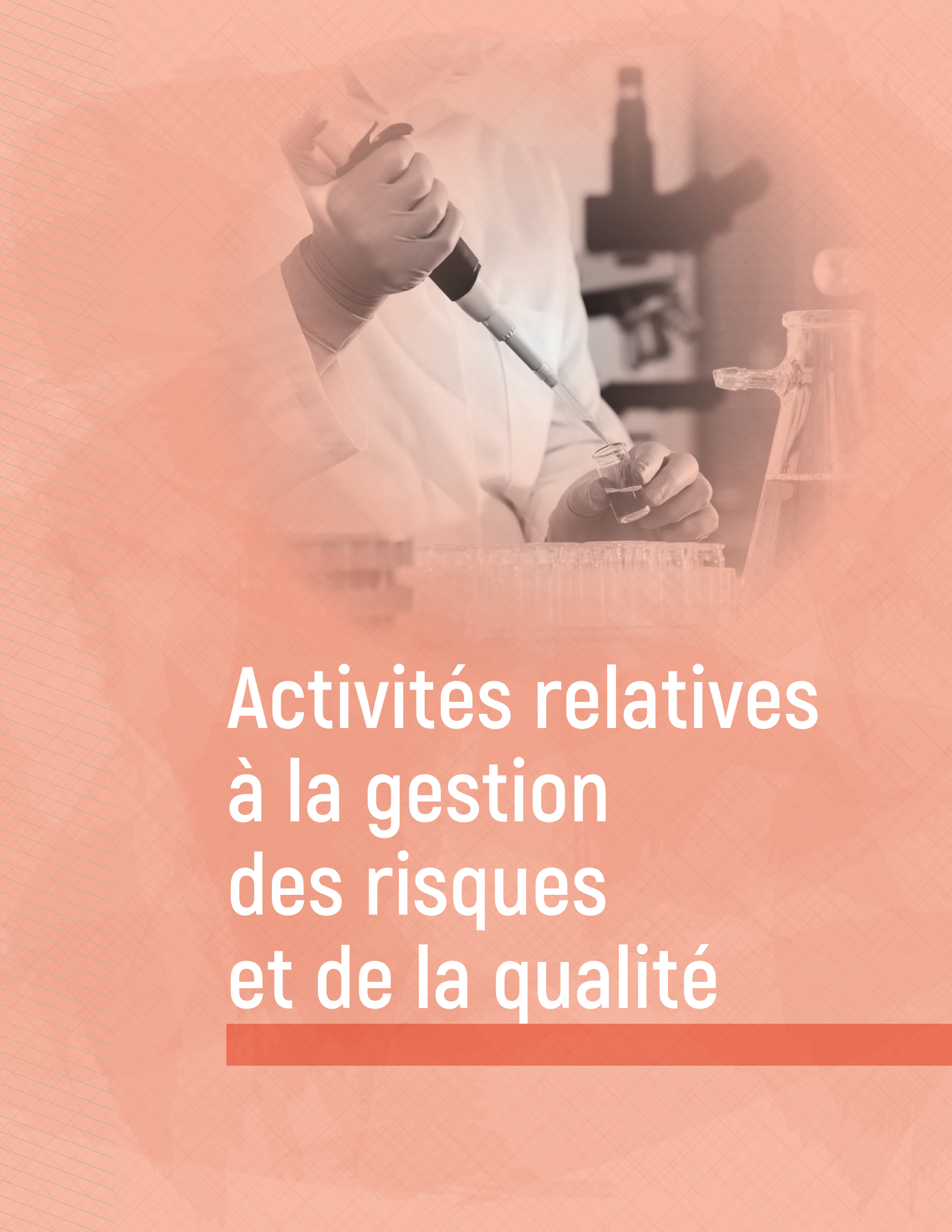
SECTION 6 : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État : R = Réalisé à 100 % N. A. = Non applicable S. O. = Sans objet
6.1	Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du groupe vigilance pour la sécurité des soins (GVSS)	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	R
6.2	Diagnostic et plan d'action à l'égard des personnes handicapées	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la Politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services et les activités pour la Semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	R

SECTION 7 : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État : R = Réalisé à 100 % N. A. = Non applicable S. O. = Sans objet
7.1	Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés	<ul style="list-style-type: none"> Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03). 	R

La réalisation de cette reddition de comptes a été effectuée par le CISSS de la Montérégie-Centre, avec qui le CISSS de la Montérégie-Ouest a collaboré aux fins de l'exercice.



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

L'année 2016-2017 termine le cycle d'agrément pour l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Ouest. Deux suivis ont été réalisés, l'un pour l'ancienne composante CSSS du Suroît et l'autre pour l'ancienne composante CSSS Vaudreuil-Soulanges. Les suivis présentés ont répondu au maintien des statuts d'agrément.

En route vers la première visite au CISSS...

D'autre part, l'organisation poursuit ses efforts d'amélioration continue de la qualité en préparation de la première visite du cycle d'agrément de 2015-2019 au CISSS de la Montérégie-Ouest qui aura lieu du 27 novembre au 1^{er} décembre 2017. Vingt équipes-qualité sont en action depuis plusieurs mois afin de déployer leur plan d'action, en collaboration avec les intervenants concernés. Des activités de communication se sont organisées tout au long de l'année et des outils spécifiques ont été créés afin de soutenir les équipes et de bien les informer sur la démarche.

Les visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Au cours de l'année, le ministère de la Santé et des Services sociaux a visité trois centres d'hébergement publics du CISSS de la Montérégie-Ouest et trois établissements privés non conventionnés situés sur son territoire. Précisons que, pour les établissements privés non conventionnés, le CISSS n'est pas responsable de leur gestion. Toutefois, il assure un rôle de vigie sur la qualité des services offerts. Comme prévu dans le processus, des plans d'amélioration ont été conçus et transmis en suivi des visites. Les rapports de visite ainsi que les plans d'amélioration sont disponibles pour le public sur le site Internet de l'établissement.

Lieu visité	Date de la visite
Établissements publics	
Centre d'hébergement de Châteauguay	07-2016
Centre d'hébergement Docteur-Aimé-Leduc	11-2016
Centre d'hébergement de Saint-Rémi	12-2016
Établissements privés non conventionnés	
La Maison des aînés de Saint-Timothée inc.	10-2016
Manoir Harwood	10-2016
CHSLD de Sainte-Catherine S.E.C.	01-2017

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation d'incidents ou d'accidents

L'organisation a poursuivi des efforts constants de promotion pour le développement d'une culture de la sécurité. Pour ce faire, des rencontres de sensibilisation et de formation ont eu lieu avec les nouveaux employés et gestionnaires des différentes directions du CISSS de la Montérégie-Ouest afin de réitérer l'importance de respecter les processus existants en gestion des risques et de la qualité et d'en assurer la continuité. Au total, 1 326 personnes ont été rencontrées par le Service de gestion de la qualité et des risques.

Dans cette perspective, le CISSS de la Montérégie-Ouest 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.

Les principaux risques d'incidents ou d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Parmi les 19 819 événements déclarés, nous constatons que 86 % n'ont eu aucune conséquence, comparativement à 82 % l'année précédente.

	2016-2017*		2015-2016**	
	Nombre	%	Nombre	%
Incidents	1 554	7,66	1 564	7,83
Accidents sans conséquence	15 907	78,46	14 760	73,89
Accidents avec conséquences	2 814	13,88	3 652	18,28
TOTAL	20 275	100,00	19 976	100,00

Nous constatons également qu'en 2016-2017, les chutes comptent pour 34 % du total des événements déclarés, comparativement à 36 % en 2015-2016. Les événements liés à la gestion des médicaments composent 22 % en 2016-2017 comparativement à 25 % en 2015-2016.

* Les données 2016-2017 ont été produites par le Service de gestion de la qualité et des risques en date du 3 mai 2017.

** Les données 2015-2016 ont été mises à jour en date du 3 mai 2017.

Les recommandations du comité de gestion des risques et les suivis de l'établissement

Gestion des risques d'incidents ou d'accidents

Le comité de gestion des risques a émis la recommandation suivante au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration :

- Fournir un avis par rapport au délai de transmission des incidents de gravité G-H-I :
 - G : conséquence permanente;
 - H : interventions pour maintenir en vie/ventilation assistée;
 - I : est à l'origine ou contribue au décès.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Par ailleurs, aucune recommandation n'a été effectuée en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. L'établissement n'a fait aucun suivi en lien avec la gestion des risques d'incidents ou d'accidents et la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

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

Le CISSS de la Montérégie-Ouest considère que l'application d'une mesure de contrôle doit demeurer une mesure exceptionnelle et de dernier recours, et ce, seulement si la personne représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. Tous les efforts sont mis en œuvre afin d'éviter le recours aux mesures de contrôle et de préconiser l'utilisation des mesures de remplacement. Une mesure de contrôle peut être appliquée uniquement si aucune mesure de remplacement n'est jugée efficace. Une surveillance étroite et une réévaluation régulière sont effectuées compte tenu des risques physiques, psychologiques et psychosociaux qui y sont associés. Un travail a été fait au cours de l'année afin d'harmoniser les pratiques de compilation des données statistiques.

Politique et comités

Un comité tactique est en place depuis un an alors que trois comités opérationnels ont débuté en janvier et en février 2017. De plus, une politique et une procédure d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle harmonisées ont été approuvées par le conseil d'administration en février 2017.

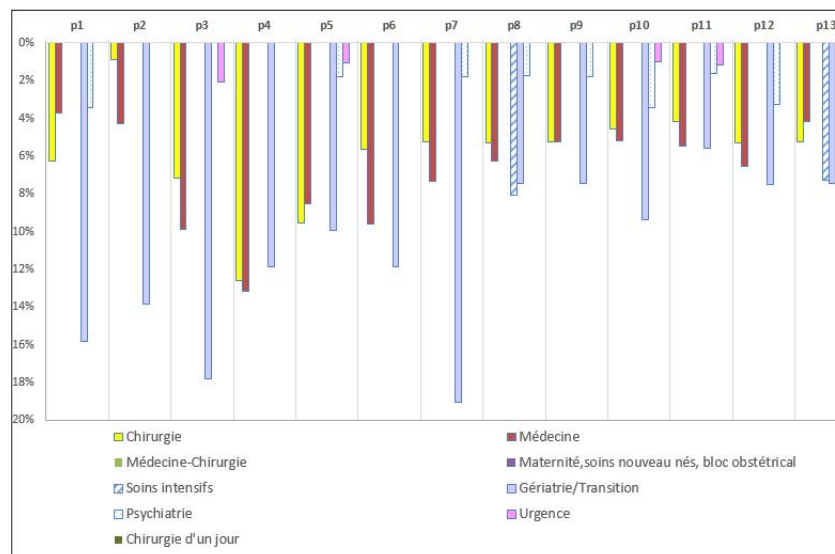
Les principaux constats par centres d'activité

Centres hospitaliers

La prévalence qui se définit par le nombre d'usagers ayant une mesure de contrôle est l'indicateur utilisé (le calcul des données pour l'Hôpital Barrie Memorial a débuté seulement à la période 9).

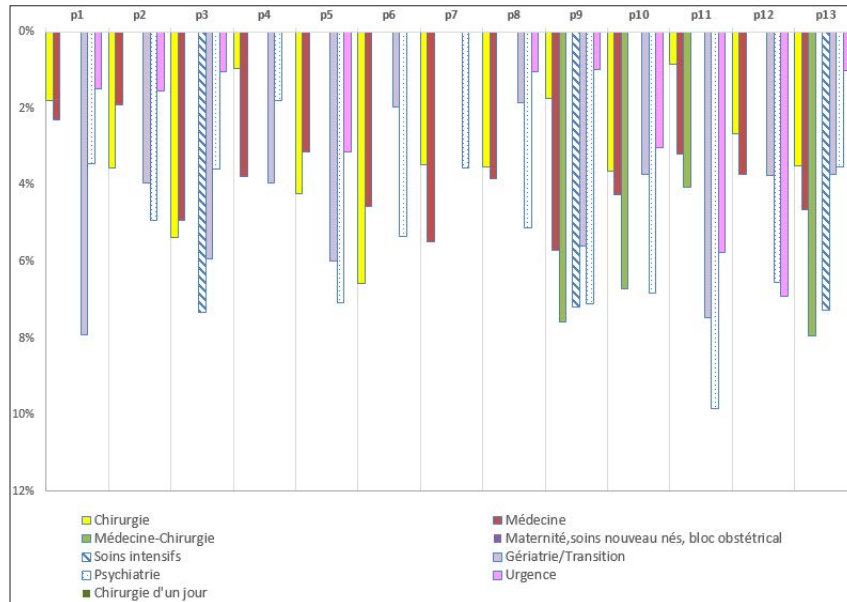
Contexte d'intervention planifiée

L'analyse des données fait ressortir une grande prévalence dans le secteur de la gériatrie et transition, surtout à l'Hôpital Anna-Laberge (en période 7, il y avait 10 usagers). La médecine et la chirurgie sont également des secteurs avec une prévalence un peu plus élevée. Par la suite, il est documenté qu'aux soins intensifs (Hôpital Anna-Laberge et Hôpital du Suroît), il y a une prévalence de 8% en période 8 et 13. Ceci semble élevé, mais représente seulement un usager puisqu'il y a moins d'usagers dans ce secteur. Il y a également quelques mesures de planifiées au secteur de l'urgence, mais très peu, puisque la majorité des mesures sont non planifiées.



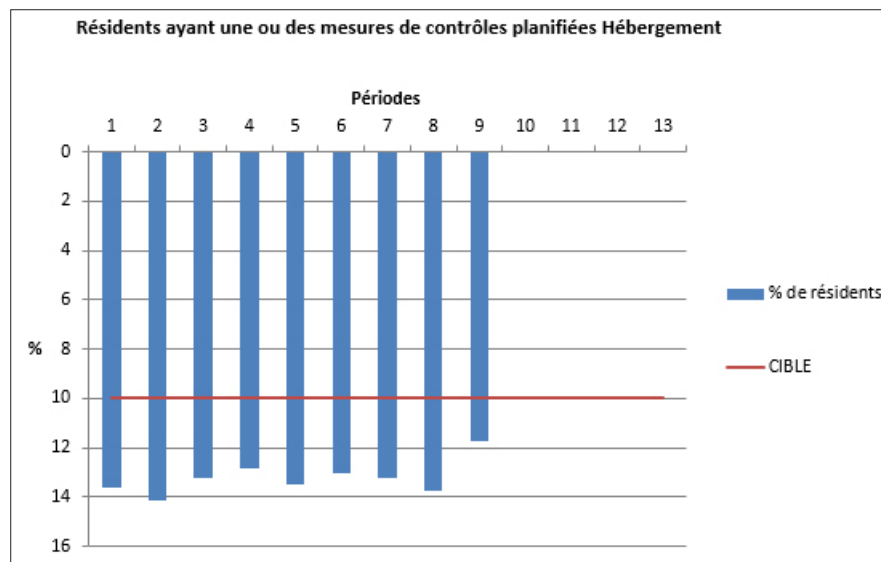
Contexte d'intervention non planifiée

L'analyse des données met en lumière qu'il existe des mesures de contrôle non planifiées dans plusieurs secteurs. Par contre, on trouve une plus grande prévalence des mesures de contrôle non planifiées en psychiatrie, à l'urgence et aux soins intensifs. En médecine-chirurgie à l'Hôpital Barrie Memorial, il y a une prévalence de 8%, ce qui implique deux cas. La prévalence de 10% en psychiatrie en période 10 peut être expliquée par la mise en place de mesures de contrôle chez trois usagers à l'Hôpital Anna-Laberge et un usager à l'Hôpital du Suroît.



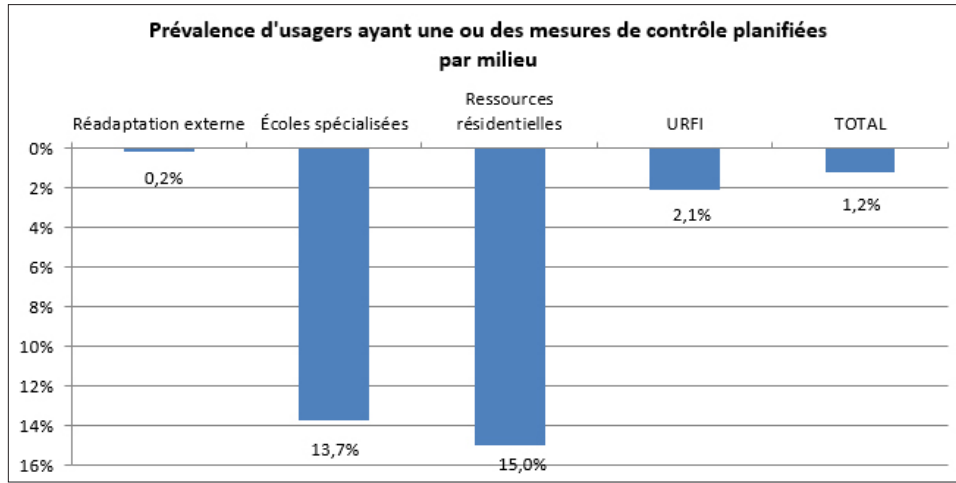
Centres d'hébergement

La prévalence, qui se définit par le nombre d'usagers ayant une mesure de contrôle, est l'indicateur utilisé. La prévalence est présentée par le nombre de résidents ayant une ou des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée. La cible est de 10%. L'histogramme représente le cumulatif des 11 centres d'hébergement où la proportion de résidents ayant une mesure de contrôle se situe entre 13,6% et 15,7% (moyenne de 14,8%).



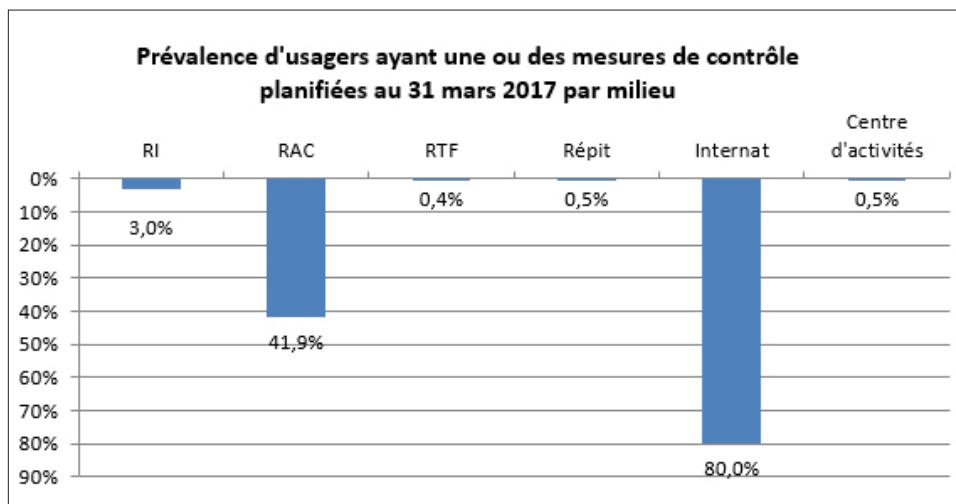
Réadaptation en déficience physique

Au cours de l'année, il y a eu seulement deux signalements d'utilisation d'une mesure de contrôle dans un contexte non planifié (en réadaptation externe et en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)). En cours d'année, les mesures de contrôle planifiées ont été retirées pour 16 usagers alors que 96 usagers ont eu une ou plusieurs mesures de contrôle planifiées. Ainsi, au 31 mars 2017, il reste 80 usagers avec une mesure de contrôle planifiée. L'histogramme présente la prévalence d'usagers desservis pour lesquels au moins une mesure de contrôle a été planifiée. Cette proportion est plus élevée chez les usagers présentant une multidéficience, dont ceux en ressources résidentielles à 15 % (6 usagers sur 40) et en écoles spécialisées à 13,7 % (67 usagers sur 490). Globalement, la prévalence est de 1,2% pour l'ensemble de la clientèle desservie (96 usagers ayant une mesure de contrôle sur 7 818). Ce résultat est stable depuis plusieurs années.



Réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (TSA)

La majorité des mesures de contrôle est appliquée en résidence à assistance continue (RAC) et en internat. Les RAC hébergent des usagers avec des troubles de comportement ou des troubles graves de comportement et l'internat, un milieu ultra spécialisé, héberge les usagers ayant un trouble grave de comportement avec dangerosité, expliquant que 41,9% des usagers en RAC et 80% en internat ont une mesure de contrôle planifiée. L'histogramme suivant présente la prévalence par milieu.



Les suivis apportés par le comité de vigilance et de la qualité ainsi que ceux apportés par l'établissement aux recommandations formulées par les différentes instances

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Le comité de vigilance et de la qualité a été saisi de 40 recommandations émises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services aux différentes directions concernées.

Protecteur du citoyen

De plus, le comité de vigilance et de la qualité s'est penché sur les trois recommandations du Protecteur du citoyen de même que sur les cinq recommandations du médecin examinateur. Tous les suivis nécessaires relatifs aux recommandations ont été apportés par l'établissement.

Coroner

Par ailleurs, dans un esprit d'amélioration continue de la qualité, des mesures correctives ont été mises en place au cours de l'année 2016-2017 à la suite de la réception des recommandations du coroner afin de réduire les risques de récurrence. Ces mesures incluent, entre autres :

- le développement d'un algorithme de transfert interétablissements;
- la révision de l'organisation du travail au triage ainsi que l'implantation d'une procédure d'audit de la qualité du triage de l'urgence à l'Hôpital Anna-Laberge;
- l'élaboration d'un processus d'identification et la mise à jour du profil alimentaire de chaque résident et du type de supervision requis lors des repas dans la cuisine de chaque unité de soins des centres d'hébergement du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- le renforcement des relations avec les ressources communautaires en lien avec la clientèle en santé mentale et dépendance.

Service de prévention et contrôle des infections

Le rôle du Service de prévention et de contrôle des infections (PCI) consiste à surveiller les infections nosocomiales dans les centres hospitaliers et les CHSLD du CISSS de la Montérégie-Ouest, en plus de contribuer activement à la qualité et à la sécurité des soins.

Au cours de l'année 2016-2017, le Service de prévention et contrôle des infections a amorcé une réflexion concernant les travaux d'harmonisation des pratiques afin d'uniformiser le travail fait sur l'ensemble du territoire de l'établissement.

Maintien des activités courantes en PCI

- **Surveillance et contrôle des infections nosocomiales :**
 - les surveillances obligatoires, régionales et locales adaptées selon les épidémiologies locales;
 - la gestion des éclosions;
 - les consultations cliniques pour l'application des isolements et des interventions auprès des usagers et des employés;
 - l'audit sur l'hygiène des mains, l'audit environnemental ainsi que sur les bonnes pratiques en PCI.
- **Interventions ciblées et recommandations :**
 - la création d'un nouveau comité stratégique de prévention et de contrôle des infections pour l'ensemble du CISSS ainsi que de deux tables opérationnelles afin de discuter des enjeux locaux;
 - la collaboration avec le Service en hygiène et salubrité afin d'harmoniser les procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement et du matériel de soins;
 - l'implication dans les travaux de construction, de rénovation et de réfection au sein de l'établissement;
 - les politiques, les procédures et les recommandations concernant l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales;
 - l'élaboration de plans d'action spécifiques selon l'épidémiologie locale;
 - la campagne hygiène des mains, ayant pour thème « **Des mains propres S.V.P.** », en vue de sensibiliser les travailleurs de la santé ainsi que l'élaboration du plan d'action complet afin de rehausser l'hygiène des mains;
 - la 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 prévention et contrôle des infections. Aussi, diverses formations sont données lorsque surgit une problématique dans un milieu (éclosions, nouvelle pratique, augmentation d'un type d'infection, etc.).



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

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

	Hôpital Anna-Laberge	Hôpital du Suroît	Hôpital Barrie Memorial	Centre d'hébergement du comté d'Huntingdon	Total
Garde préventive					
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	150	346	0	0	496
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	135	303	0	0	438
Garde provisoire					
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.	5
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	22	18	0	0	40
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	22	18	0	0	40
Garde autorisée					
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.	190
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	78	92	1	1	172
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	67	84	1	1	153
Tout type de garde					
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auxquels il a été soumis)	158	330	1	1	490

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, assure le respect des droits des usagers et contribue à améliorer la qualité des services de santé et des services sociaux.

Un commissaire aux plaintes et à la qualité des services, secondé 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 il adresse ses recommandations, le 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 du commissaire aux plaintes sera déposé à l'Assemblée nationale par le ministre.

Il est possible de joindre le 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.ciissmo16@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.

Plusieurs modes d'information et de consultation de la population sont utilisés par l'établissement. Ceux-ci permettent de connaître le niveau de satisfaction de la clientèle quant aux soins et aux services offerts et de s'évaluer pour mieux s'ajuster, s'il y a lieu.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest informe la population de son territoire grâce aux moyens de communication suivants :

- Le **site Internet** de l'organisation santemo.quebec 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 CISSS de la Montérégie-Ouest 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 se tenir informés des formations ou des groupes de discussion 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 pour diffusion afin de faire connaître les dernières nouvelles ainsi que les bons coups de l'organisation.
- La population est invitée à participer aux **séances du conseil d'administration**. Un onglet spécifique sur le site Internet de l'établissement au santemo.quebec permet d'avoir accès au calendrier de la prochaine séance, 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.

- L'organisation rend disponible son **bulletin 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 dans différentes installations de l'établissement. Ces formulaires permettent de connaître l'opinion des usagers au sujet des services qu'ils ont reçus.
- Le **comité des usagers** du centre intégré (CUCI) contribue également à la **consultation et l'information de la population** par le biais de son assemblée annuelle ainsi que dans le cadre d'activités thématique relatives à son mandat (LSSSS articles 209 à 212). Il est possible de le joindre au 450 699-2425, poste 4794.

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.



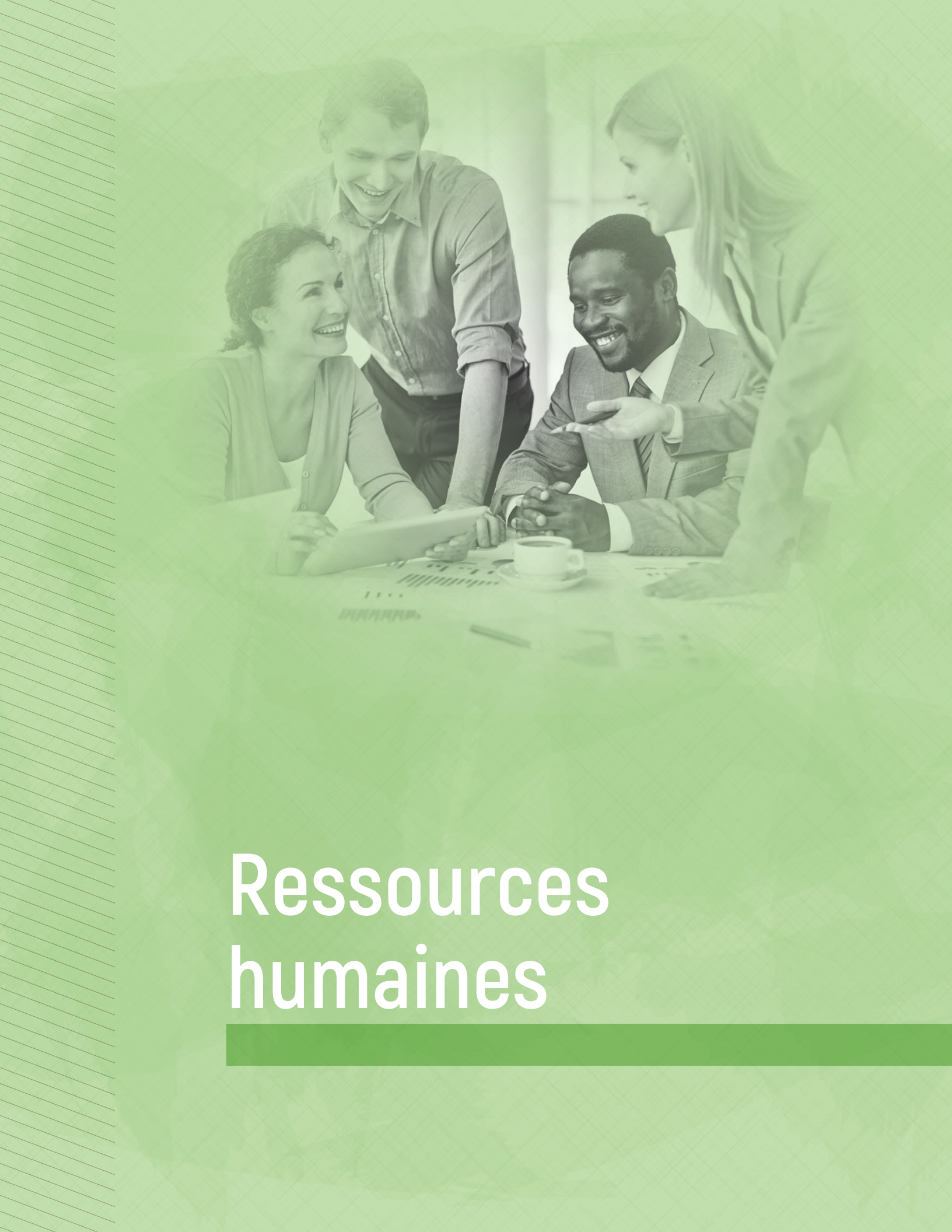
**Application de la
politique portant
sur les soins
de fin de vie**

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 9 décembre 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. Informations complémentaires : source = Gestred 514, lits réservés en SPFV en milieu hospitalier.	591			
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Informations complémentaires : source = Gestred 514, seulement les lits dédiés en SPFV en CHSLD.		1 855		
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile. Informations complémentaires : source = Gestred 514.			1 412	
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs. Informations complémentaires : source = Gestred 514.				218
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées.	21			
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées.	23			
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées.	21			
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires : formulaire de déclaration, mais aide non administrée, motif indiqué.	2 1 usager est devenu inapte avant la date planifiée d'administration de l'aide médicale à mourir. 1 usager a finalement opté pour la sédation palliative avant la date planifiée d'administration de l'aide médicale à mourir.			

Note : Les données présentées dans le rapport annuel 2015-2016 étaient celles du 10 décembre 2015 au 31 mars 2016.



Ressources humaines

Ressources humaines de l'établissement



4 600
entrevues d'embauche



8 850
employés



630
nouveaux employés



560*
médecins

48
nouveaux médecins

700
bénévoles

* Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.



« Nous tenons à remercier nos bénévoles qui, jour après jour, nous soutiennent afin que nous puissions offrir des services de qualité à l'ensemble de la population du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest. Sans vous, tout ce travail ne pourrait être possible. »

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

		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2016-04-03 au 2017-04-01		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
Personnel d'encadrement	2014-15	704 699	1 803	706 501	388	452
	2015-16	624 097	1 340	625 436	343	441
	2016-17	602 979	1 499	604 478	331	388
	Variation	(14,4%)	(16,8%)	(14,4%)	(14,5%)	(14,2%)
Personnel professionnel	2014-15	2 174 737	4 719	2 179 456	1 210	1 573
	2015-16	2 207 345	4 157	2 211 502	1 228	1 590
	2016-17	2 207 260	3 043	2 210 303	1 228	1 611
	Variation	1,5%	1,5%	1,4%	1,5%	2,4%
Personnel infirmier	2014-15	2 917 920	127 791	3 045 711	1 573	2 156
	2015-16	2 961 867	115 360	3 077 227	1 597	2 158
	2016-17	3 005 257	148 705	3 153 962	1 614	2 201
	Variation	3,0%	16,4%	3,6%	2,6%	2,1%
Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 471 659	120 349	6 592 009	3 500	4 844
	2015-16	6 464 032	107 492	6 571 524	3 495	4 798
	2016-17	6 391 112	140 215	6 531 328	3 458	4 767
	Variation	(1,2%)	16,5%	(0,9%)	(1,2%)	(1,6%)
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	737 291	8 341	745 632	377	583
	2015-16	716 316	9 453	725 769	366	561
	2016-17	713 917	12 143	726 061	366	590
	Variation	(3,2%)	45,6%	(2,6%)	(3,1%)	1,2%
Étudiants et stagiaires	2014-15	23 116	69	23 185	13	69
	2015-16	14 168	27	14 196	8	49
	2016-17	9 307	24	9 331	5	43
	Variation	(59,7%)	(65,5%)	(59,8%)	(59,3%)	(37,7%)
Total du personnel	2014-15	13 029 422	263 072	13 292 494	7 060	9 424
	2015-16	12 987 825	237 830	13 225 654	7 038	9 350
	2016-17	12 929 833	305 629	13 235 462	7 003	9 342
	Variation	(0,8%)	16,2%	(0,4%)	(0,8%)	(0,9%)
Cible 2016-2017 en heures rémunérées		13 269 612				
Écart à la cible – en heures		(34 150)				

Notes explicatives : Pour la période d'avril 2016 à mars 2017, comme pour la période d'avril 2015 à mars 2016, le Conseil du trésor a fixé une cible de réduction de 1 % par rapport au nombre total d'heures rémunérées d'avril 2014 à mars 2015. Toutefois, à la suite des annonces d'ajout d'effectifs dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et de l'augmentation des heures rémunérées due au chevauchement des infirmières auxiliaires en CHSLD, le Conseil du trésor a rehaussé la cible globale pour le réseau de la santé et des services sociaux pour 2016-2017. Les informations présentées dans le tableau ci-dessus incluent ce rehaussement des heures; la cible allouée à l'établissement ayant été respectée.

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



The image shows a hand holding a pen, pointing to a line graph on a document. The graph has a y-axis labeled '100%' and an x-axis labeled '1' through '10'. There are other charts and documents visible in the background, including a bar chart and a calculator. The overall scene is set against a teal background with a grid pattern.

Ressources financières

ÉTATS FINANCIERS

Les états financiers du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest 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 CISSS de la Montérégie-Ouest 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

Directeur des ressources financières,



Martin Larose

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 2017 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 de Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2017 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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 de 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 de Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 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 ministère de la Santé et des Services sociaux. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2017. 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 2017 et 2016 n'ont pas été déterminées.

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 de Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 14 juin 2017, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions 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 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 à 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 27 juin 2017

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique no A111208

État des résultats

(exercice terminé le 31 mars 2017)

	BUDGET	EXPLOITATION		IMMOBILISATIONS	TOTAL	
	\$	Activités principales \$	Activités accessoires \$	\$	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
REVENUS						
Subventions MSSS	662 335 935	646 295 042	1 680 657	22 233 371	670 209 070	656 530 377
Subventions Gouvernement du Canada	—	—	—	—	—	—
Contributions des usagers	55 157 745	54 914 965	—	—	54 914 965	54 471 901
Ventes de services et recouvrements	9 582 230	7 530 931	—	—	7 530 931	8 930 135
Donations	1 668 500	104 413	48 223	2 363 923	2 516 559	2 861 016
Revenus de placement	160 500	222 591	—	1 278	223 869	266 229
Revenus de type commercial	2 710 744	—	2 475 801	78 277	2 554 078	2 454 284
Gain sur disposition	—	—	—	251 956	251 956	—
Autres revenus	14 639 845	783 486	15 577 312	56 026	16 416 824	15 872 605
TOTAL	746 255 499	709 851 428	19 781 993	24 984 831	754 618 252	741 386 547
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	478 224 198	476 076 698	8 135 948	XXXX	484 212 646	476 504 558
Médicaments	14 917 590	14 966 570	—	XXXX	14 966 570	15 762 658
Produits sanguins	4 420 306	9 388 013	—	XXXX	9 388 013	7 806 726
Fournitures médicales et chirurgicales	17 442 843	20 476 198	—	XXXX	20 476 198	19 949 507
Denrées alimentaires	4 938 805	4 862 072	—	XXXX	4 862 072	5 051 259
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	83 655 614	82 656 560	—	XXXX	82 656 560	83 464 375
Frais financiers	4 031 250	10 642	—	4 568 627	4 579 269	4 652 950
Entretien et réparations	6 859 115	7 982 792	—	619 947	8 602 739	9 130 829
Créances douteuses	50 000	1 548 509	—	XXXX	1 548 509	38 353
Loyers	19 997 878	19 120 462	276 209	XXXX	19 396 671	19 529 393
Amortissement des immobilisations	20 000 000	XXXX	—	19 998 688	19 998 688	19 572 159
Perte sur disposition d'immobilisations	—	XXXX	—	—	—	364 461
Dépenses de transfert	1 200 983	6 149 406	—	XXXX	6 149 406	1 195 471
Autres charges	92 547 302	67 775 344	9 545 134	—	77 320 478	77 875 965
TOTAL	748 285 884	711 013 266	17 957 291	25 187 262	754 157 819	740 898 664
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(2 030 385)	(1 161 838)	1 824 702	(202 431)	460 433	487 883

État des surplus (déficits) cumulés

(exercice terminé le 31 mars 2017)

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent
	\$	\$	\$	\$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(9 174 962)	12 717 062	3 542 100	3 600 091
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	—	—	—	(545 874)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	—	—	—	XXXX
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	(9 174 962)	12 717 062	3 542 100	3 054 217
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	662 864	(202 431)	460 433	487 883
Autres variations:				
Transferts interétablissements	—	—	—	—
Transferts interfonds	—	—	—	—
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés	—	XXXX	—	—
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS	—	—	—	—
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	(8 512 098)	12 514 631	4 002 533	3 542 100
Constitués des éléments suivants:				
Affectations d'origine externe	XXXX	XXXX	—	—
Affectations d'origine interne	XXXX	XXXX	4 585 478	4 125 045
SOLDE NON AFFECTÉ	XXXX	XXXX	(582 945)	(582 945)
TOTAL	XXXX	XXXX	4 002 533	3 542 100

État de la situation financière

(exercice terminé le 31 mars 2017)

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent
	\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert bancaire)	24 064 099	117 889	24 181 988	27 303 735
Placements temporaires	989 798	—	989 798	960 992
Débiteurs – MSSS	11 445 955	1 019 243	12 465 198	14 582 779
Autres débiteurs	14 561 414	389 205	14 950 619	15 231 801
Avances de fonds aux établissements publics	XXXX	—	—	—
Créances interfonds (dettes interfonds)	7 097 791	(7 097 791)	0	—
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	43 163 097	44 921 847	88 084 944	81 691 856
Placements de portefeuille				
Frais reportés liés aux dettes	XXXX	603 907	603 907	589 792
Autres éléments	1 778 690	389 114	2 167 804	1 358 142
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	103 100 844	40 343 414	143 444 258	141 719 097
PASSIFS				
Emprunts temporaires	—	6 404 244	6 404 244	5 964 977
Créditeurs – MSSS				
Autres créditeurs et autres charges à payer	59 981 243	1 350 070	61 331 313	64 337 767
Avances de fonds – enveloppes décentralisées	XXXX	—	—	15 591 640
Intérêts courus à payer		1 019 530	1 019 530	1 139 287
Revenus reportés	6 082 627	15 209 781	21 292 408	17 317 265
Dettes à long terme	XXXX	176 195 986	176 195 986	168 467 186
Passif au titre des sites contaminés	XXXX	579 717	579 717	586 475
Passif au titre des avantages sociaux futurs	57 501 927	XXXX	57 501 927	54 546 190
Autres éléments	2 263 860	595 308	2 859 168	1 698 786
TOTAL DES PASSIFS	125 829 657	201 354 636	327 184 293	329 649 573
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(22 728 813)	(161 011 222)	(183 740 035)	(187 930 476)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	XXXX	173 525 854	173 525 854	181 285 552
Stocks de fournitures	8 337 754	XXXX	8 337 754	8 210 229
Frais payés d'avance	5 878 960	—	5 878 960	1 976 795
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	14 216 714	173 525 854	187 742 568	191 472 576
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	—	XXXX	—	—
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(8 512 099)	12 514 632	4 002 533	3 542 100

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

(exercice terminé le 31 mars 2017)

	BUDGET		FONDS		TOTAL		
	\$	\$	\$	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(89 470 708)	(19 361 990)	(168 568 486)	(187 930 476)	(184 389 306)		
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	—	3	(3)	0	(545 874)		
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	—	—	—	—	XXXX		
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(89 470 708)	(19 361 987)	(168 568 489)	(187 930 476)	(184 935 180)		
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	—	662 864	(202 431)	460 433	487 883		
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS							
Acquisitions	(24 000 000)	XXXX	(12 239 464)	(12 239 464)	(23 215 078)		
Amortissement de l'exercice	20 000 000	XXXX	19 998 688	19 998 688	19 572 159		
(Gain)/Perte sur dispositions	—	XXXX	(251 956)	(251 956)	364 461		
Produits sur dispositions	—	XXXX	252 430	252 430	—		
Réduction de valeurs	—	XXXX	—	—	—		
Ajustements des immobilisations	—	XXXX	—	—	—		
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	(4 000 000)	XXXX	7 759 698	7 759 698	(3 278 458)		
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE							
Acquisition de stocks de fournitures	—	(127 525)	XXXX	(127 525)	(686 040)		
Acquisition de frais payés d'avance	—	(3 902 165)	—	(3 902 165)	481 319		
Utilisation de stocks de fournitures	—	—	XXXX	—	—		
Utilisation de frais payés d'avance	—	—	—	—	—		
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	—	(4 029 690)	—	(4 029 690)	(204 721)		
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	—	—	—	—	—		
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(4 000 000)	(3 366 826)	7 557 267	4 190 441	(2 995 296)		
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(93 470 708)	(22 728 813)	(161 011 222)	(183 740 035)	(187 930 476)		

État des flux de trésorerie

(exercice terminé le 31 mars 2017)

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (deficit) de l'exercice	460 433	487 883
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE		
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	—	—
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	(4 029 690)	(204 721)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	(251 956)	364 461
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	—	—
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations :		
- Gouvernement du Canada	—	—
- Autres	(2 363 923)	(2 500 441)
Amortissement des immobilisations	19 998 688	19 572 159
Réduction pour moins-value des immobilisations	—	—
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	131 516	111 087
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	—	—
Subventions MSSS	(6 429 002)	(6 779 084)
Autres (préciser p. 297 de l'AS-471)		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	7 055 633	10 563 461
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	(7 745 830)	(9 226 391)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	(229 764)	1 824 953
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	(11 283 674)	(21 438 585)
Produits de disposition d'immobilisations	252 430	—
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	(11 031 244)	(21 438 585)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à trois mois	(28 806)	7 096 975
Placements de portefeuille effectués	—	—
Produits de disposition de placements de portefeuille	—	—
Placements de portefeuille réalisés	—	1 015 545
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT	(28 806)	8 112 520

(Suite à la page 87)

État des flux de trésorerie (suite de la page 86)

(exercice terminé le 31 mars 2017)

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Dettes à long terme – Emprunts effectués	—	35 571 423
Dettes à long terme – Emprunts remboursés	(10 319 636)	(11 513 670)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	—	—
Variation des emprunts temporaires – fonds d'exploitation	(3 000 000)	1 931 603
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	22 149 700	22 729 657
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(661 997)	(37 074 706)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	—	—
Autres (préciser)	—	—
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	8 168 067	11 644 307
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	(3 121 747)	143 195
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	27 303 735	27 160 540
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	24 181 988	27 303 735
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
ENCAISSE	24 181 988	27 303 735
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas trois mois	—	—
TOTAL	24 181 988	27 303 735

Revenus reportés relatifs aux sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions (art.269 LSSSS)

(exercice terminé le 31 mars 2017)

	Revenus reportés au début	Ajustements à la colonne 1	Sommes allouées dans l'exercice	Revenus inscrits dans l'exercice	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4)	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5)
	1	2	3	4	5	6
CONTRIBUTIONS DE TIERS						
Contributions de tiers SANS fins particulières	XXXX	XXXX	33 048	33 048	XXXX	XXXX
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister :						
Fondation Butters – projet Nexus (FE)	—	—	19 569	7 013	12 556	(12 556)
Fondation Butters – projet de recherche TSA – TC (FE)	98 781	—	43 550	33 421	108 910	(10 129)
Revenus reportés avant 01/04/2008 (FI)	1 478 538	—	—	628 361	850 177	628 361
Bâtiments (FI)	2 306 747	—	—	51 838	2 254 909	51 838
Améliorations majeures aux bâtiments (FI)	396 160	—	92 564	15 882	472 842	(76 682)
Équipement médical – chambres (FI)	642 822	9 559	87 168	30 597	708 952	(56 571)
Équipement médical – autres (FI)	2 624 471	(12 118)	163 981	374 205	2 402 129	210 224
Autres mobiliers et équipements (FI)	80 222	—	—	6 751	73 471	6 751
Améliorations locatives (FI)	1 002 107	1 072	236 214	217 914	1 021 479	(18 300)
Équipements informatiques (FI)	167 828	(42 989)	1 373	80 094	46 118	78 721
Équipements de communication multimédia (FI)	32 178	4 267	755	14 211	22 989	13 456
Équipements de bureau (FI)	5 038	1 486	—	4 690	1 834	4 690
Développement informatique (FI)	766 639	38 722	111 318	354 680	561 999	243 362
Réseaux de télécommunications (FI)	166 937	1	1 015	42 806	125 147	41 791
Équipements cap. financés par la						
Fondation du CMR (FI)	29 451	—	—	4 355	25 096	4 355
Immobilisations acquises 04-2008 à 03-2011 (FI)	1 048 429	—	—	181 489	866 940	181 489
Immobilisations acquises 2011-2012 (FI)	214 762	—	—	58 204	156 558	58 204
Immobilisations acquises 2012-2013 (FI)	553 137	—	—	32 431	520 706	32 431
Immobilisations acquises 2013-2014 (FI)	344 319	—	—	33 049	311 270	33 049
Immobilisations acquises 2014-2015 (FI)	923 745	—	—	107 168	816 577	107 168
Immobilisations acquises 2015-2016 (FI)	1 031 354	—	—	38 291	993 063	38 291
Fonds destination spéciale (FI)	588 569	—	52 708	—	641 277	(52 708)
Immobilisations acquises 2016-2017 (FI)	—	—	1 345 414	42 946	1 302 468	(1 302 468)
Autres	99 356	—	79 051	79 154	99 253	103
TOTAL	14 601 590	0	2 267 728	2 472 598	14 396 720	204 870
DOTATIONS						
Capital	—	—	—	—	—	—
Revenus non réservés accumulés	XXXX	XXXX	—	—	XXXX	XXXX
Revenus réservés accumulés :						
Fondation – immobilisations non amorties	385 135	—	4 629	43 961	345 803	39 332
TOTAL	385 135	—	4 629	43 961	345 803	39 332
GRAND TOTAL	14 986 725	—	2 272 357	2 516 559	14 742 523	244 202
REVENUS REPORTÉS AU :						
Fonds d'exploitation (FE) – activités principales	99 356	—	96 672	104 413	91 615	7 741
Fonds d'exploitation – activités accessoires	98 781	—	78 546	48 223	129 104	(30 323)
Fonds immobilisations (FI)	14 788 588	—	2 097 139	2 363 923	14 521 804	266 784
TOTAL REVENUS REPORTÉS	14 986 725	—	2 272 357	2 516 559	14 742 523	244 202

Fondations

Fondation Anna-Laberge

200, boulevard Brisebois
Châteauguay (Québec) J6K 4W8
450 699-2425, poste 4204

Fondation du Centre d'accueil Vaudreuil

408, avenue Saint-Charles
Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 7M9
450 455-4033

Fondation Butters et Les Maisons Butters inc.

127, rue Principale, bureau 105
Cowansville (Québec) J2K 1J3
450 263-4123

Fondation du Centre d'hébergement de Huntingdon

198, rue Châteauguay
Huntingdon (Québec) J0S 1H0
450 829-2321, poste 2038

Fondation cardio-vasculaire de Valleyfield et du Suroît

222, rue Alphonse-Desjardins, bureau 7
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 2N9
450 377-2277

Fondation du Centre montérégien de réadaptation

5300, chemin de Chambly
Longueuil (arr. Saint-Hubert) (Québec) J3Y 3N7
450 676-7447, poste 2405

Fondation Centre Dr-Aimé-Leduc

80, rue du Marché
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 1P5
450 373-4013

Fondation du CRD Foster

6, rue Foucreault
Saint-Philippe (Québec) J0L 2K0
514 823-1184

Fondation de l'Hôpital du Suroît

387, rue Victoria
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 1B7
450 377-3667

Fondation du Centre Hospitalier Vaudreuil-Soulanges

3031, boulevard de la Gare, bureau 351
Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 9R2
450 267-9205

Fondation de la psychiatrie

150, rue Saint-Thomas
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 6C1
450 373-7321, poste 3015

Fondation du Foyer de Rigaud

5, rue d'Amour
Rigaud (Québec) J0P 1P0
450 451-5503

Fondation de l'Hôpital Barrie Memorial

28, rue Gale
Ormstown (Québec) J0S 1K0
450 829-2321, poste 3435

Fondation Le Renfort Grande Ligne

315, rue MacDonald, bureau 105
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 8J3
450 348-6121, poste 2306

Fondation des enfants de Vaudreuil-Soulanges

3031, boulevard de la Gare, bureau 412
Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 9R2
450 451-6389

Fondation québécoise de l'Hôpital Barrie Memorial

28, rue Gale
Ormstown (Québec) J0S 1K0

Fondation des Ressources Alternatives du Sud-Ouest

30, rue Saint-Thomas
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 4J2
450 371-4816, poste 209

Organisme partenaire

Dames auxiliaires de Barrie Memorial

28, rue Gale
Ormstown (Québec) J0S 1K0
450 829-2321

Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2017

1. Constitution et mission

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (ci-après « l'établissement »), un établissement public, est constitué en corporation sans but lucratif 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.

Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire de l'établissement en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social de l'établissement est situé au 200, boul. Brisebois, Châteauguay, Québec, J6K 4W8. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la Montérégie.

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

2. Principales méthodes comptables

a. Référentiel comptable

Le présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Conséquemment :

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

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-haut.

b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471 exige que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et charges de l'exercice ainsi que sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers. Les résultats réels peuvent différer de ces estimations.

c. Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

d. Biens 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.

e. Comptabilité par fonds

Aux 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, 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 du fonds concerné.

f. Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il 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 :** les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un 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 :** les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement fournit, 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 pas encourir de déficit en fin d'exercice financier. 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 terminé le 31 mars 2017, l'établissement a respecté cette obligation légale.

4. Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) des pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations. Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 15 juin 2016 à l'aide du formulaire Budget détaillé RR-446.

5. Emprunts temporaires

La nature des emprunts temporaires contractés auprès de parties apparentées, y compris le taux d'intérêt moyen pondéré est présentée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471. L'établissement a également des emprunts temporaires conclus avec des parties apparentées, dont les principales conditions sont : l'établissement des montants maximums autorisés, les taux d'intérêt, si ces derniers incluent ou non les frais, l'échéance, le mode de remboursement, le renouvellement de l'autorisation.

6. Autres créditeurs

La nature des autres créditeurs est précisée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471 qui se trouve sur notre site Web : santemo.quebec.

7. Passifs 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 de mazout, la présence d'un garage mécanique et d'événements imprévus.

À cet égard, un montant de 579 717\$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017 (586 475\$ au 31 mars 2016). Ce montant est basé sur une étude 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.

8. Affectations

La nature des affectations d'origines interne et externe ainsi que leur variation est présentée à la page 289-00 du rapport financier annuel AS-471.

9. Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques et les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les 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.

10. Événements postérieurs à la date des états financiers

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1^{er} avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1^{er} avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des 11 grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a conclu avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire qui prend effet à compter du 1^{er} avril 2017, en vertu de laquelle il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. Il demeure responsable de toutes les dettes, obligations, responsabilités et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités et seraient devenus exigibles à cette date.

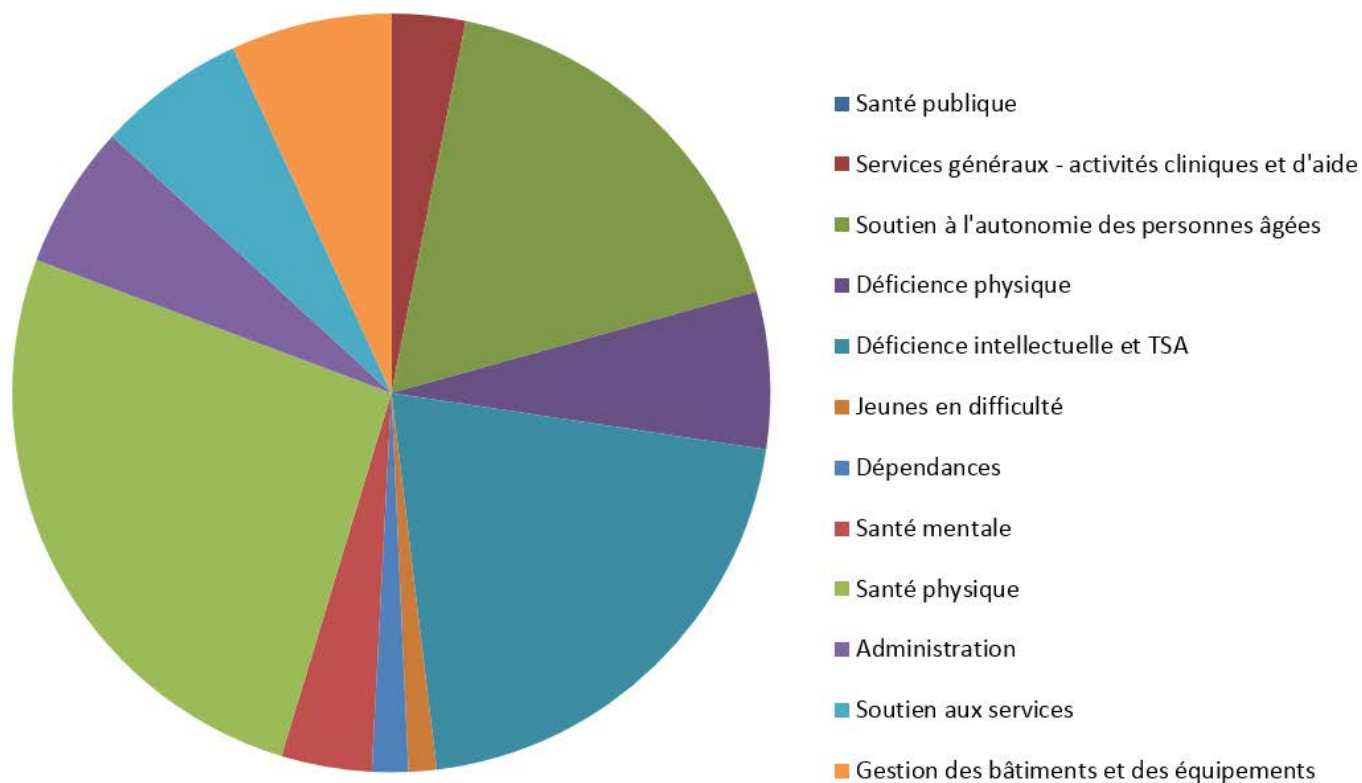
L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

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 peut être consultée en accédant au rapport financier complet disponible sur le site Web du CISSS de la Montérégie-Ouest : santemo.quebec.

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

(exercice terminé le 31 mars 2017)

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	\$	%	\$	%
Santé publique	7 929 949	1,1	7 733 668	1,1
Services généraux – activités cliniques et d'aide	22 131 681	3,1	25 594 882	3,7
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	123 324 169	17,3	118 584 664	17,0
Déficiences physiques	47 047 899	6,6	44 037 932	6,3
Déficiences intellectuelles et TSA	145 615 146	20,5	146 093 246	21,0
Jeunes en difficulté	8 411 970	1,2	8 114 519	1,2
Dépendances	10 820 049	1,5	10 552 568	1,5
Santé mentale	27 133 282	3,8	31 683 255	4,5
Santé physique	182 916 124	25,7	172 147 117	24,7
Administration	43 015 385	6,0	42 070 727	6,0
Soutien aux services	44 486 239	6,3	43 395 308	6,2
Gestion des bâtiments et des équipements	48 181 373	6,8	46 778 967	6,7
TOTAL	711 013 266	100	696 786 853	100



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 2016-2017, l'établissement s'est conformé à cette exigence en dégageant un surplus à son fonds d'exploitation de 662 864 \$, en réalisant un déficit à son fonds d'immobilisations de 202 431 \$ pour un surplus global de 460 433 \$.

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 2016 et le 31 mars 2017.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique¹	49	20 475 972,80 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique²	40	27 412 940,04 \$
Total des contrats de service	89	47 888 912,84 \$

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.

A hand in a white sleeve points at a tablet. The tablet displays a bar chart with three bars labeled 'Region 01', 'Region 02', and 'Region 03'. The y-axis is labeled from 0% to 100% in 10% increments. The bars show values of approximately 70%, 85%, and 95% respectively. Below the chart is a circular gauge with concentric circles. The background is a teal grid pattern.

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 2017		
				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 comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2015-2016	R	Selon les directives du MSSS			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Les unités de mesure « l'intervention » et « l'utilisateur » pour les centres d'activités 4110 – Développement, adaptation, intégration sociale et 4130 – Maladies infectieuses n'ont pas été entièrement compilées au cours de la période financière en raison d'un moyen de pression.	2015-2016	R	Aucun moyen de pression en 2016-2017	X		
L'unité de mesure « l'utilisateur » pour les centres d'activités 4120 – Habitudes de vie et maladies chroniques, 5930 – Services ambulatoires de santé mentale première ligne, 6170 – Soins infirmiers à domicile, 6510 – Santé parentale et infantile, 6540 – Services dentaires préventifs, 6550 – Services dentaires curatifs, 6560 – Services psychosociaux, 6590 – Santé scolaire, 6800 – Pharmacie en CLSC, 7100 – Adaptation et soutien à la personne, 7110 – Nutrition, 7160 – Ergothérapie/physiothérapie à domicile n'ont pas été entièrement compilées au cours de la période financière en raison d'un moyen de pression.	2015-2016	R	Aucun moyen de pression en 2016-2017	X		
Les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « l'utilisateur » pour les centres d'activités 6350 – Inhalothérapie et 6610 – Physiologie respiratoire n'ont pas été entièrement compilées au cours de la période financière en raison d'un moyen de pression.	2015-2016	R	Aucun moyen de pression en 2016-2017	X		
L'unité de mesure « la visite » pour le centre d'activité 6300 – Consultations externes n'a pas été entièrement compilée au cours de la période financière en raison d'un moyen de pression.	2015-2016	R	Aucun moyen de pression en 2016-2017	X		
L'unité de mesure « l'accouchement » pour le centre d'activité 6360 – Centre de soins mère et nouveau-né n'a pas été entièrement compilée au cours de la période financière en raison d'un moyen de pression.	2015-2016	R	Aucun moyen de pression en 2016-2017	X		
Les unités de mesure « les heures de prestation de services » et « le jour-traitement » pour les centres d'activités 6860 – Audiologie et orthophonie, 6870 – Physiothérapie et 6880 – Ergothérapie n'ont pas été entièrement compilées au cours de la période financière en raison d'un moyen de pression.	2015-2016	R	Aucun moyen de pression en 2016-2017	X		

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 2017		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées – suite						
L'unité de mesure « l'unité de retraitement pondéré » pour le centre d'activité 6320 – Unité de retraitement des dispositifs médicaux présente des erreurs de calcul.	2015-2016	R	Processus en cours de normalisation.			X
La compilation de l'unité de mesure « le repas » pour le centre d'activité 7554 – Alimentation autres présente des incohérences entre les différents rapports de compilation.	2015-2016	R	Le rapport de compilation a été révisé et harmonisé pour l'ensemble des unités administratives reliées au CA 7554 avec la collaboration de la coordonnatrice du service alimentaire.	X		
L'unité de mesure « la visite » pour le centre d'activité 7060 – Services d'oncologie/d'hématologie présente des incohérences entre les données de bases et les reports au rapport cumulatif.	2015-2016	R	L'ensemble de la compilation a été revue suite aux modifications des données demandées par le MSSS le 6 octobre. Un nouveau rapport cumulatif a été proposé le 13 octobre pour un début d'utilisation à la P9.			X
Les unités de mesure « la moyenne d'usagers » et « l'utilisateur » pour le centre d'activité 5940 – Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave présente une absence d'éléments probants suffisants en support à la compilation.	2015-2016	R	Les éléments probants en support à la compilation ont été obtenus.	X		
L'unité de mesure « le jour-soins » pour le centre d'activité 7090 – Unité de médecine de jour présente une absence d'éléments probants suffisants en support à la compilation.	2015-2016	R	Un rapport a été ajouté dans la base de données qui sert à la gestion quotidienne et à la compilation des statistiques et unités de mesure pour l'unité administrative en question du CA 7090 à l'Hôpital Anna-Laberge. Une liste des usagers pour lesquels un jour-soins a été compilé peut être extraite sur demande.	X		
L'unité de mesure « le nombre d'exams » pour le centre d'activité 6770 – Endoscopie n'a pas pu être validée, car il a été impossible d'obtenir des éléments probants en support à la compilation effectuée.	2015-2016	R	Ce secteur a été visé par la révision du processus de compilation en janvier/février 2017. L'outil de compilation a été révisé et harmonisé avec les autres unités administratives du CA 6770.	X		
Certains établissements du CISSS doivent compiler l'unité de mesure « usagers distincts ». Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2015-2016	R	La mise en place de systèmes d'informations unifiés est une priorité ministérielle et le CISSS de la Montérégie-Ouest participe activement à cette transformation selon le calendrier du MSSS. La DLRI est la direction responsable du déploiement à l'interne.			X
L'unité de mesure « les heures de formation » pour le centre d'activité 5950 – Formation donnée par le personnel infirmier n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car elle a été estimée.	2015-2016	R	La compilation des heures de formation a été formalisée et intégrée dans les processus de gestion du volet conseil de la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU).	X		

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 2017		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées – suite						
L'unité de mesure « mètre carré » pour le centre d'activité 7644 – Hygiène salubrité n'a pas été compilée au cours de la période financière puisqu'aucun travail n'a été effectué par l'établissement pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7644 – Hygiène salubrité présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Un inventaire des espaces/ superficies occupées est en cours.			X
L'unité de mesure « mètre cube » pour le centre d'activité 7703 – Fonctionnement des installations – autres n'a pas été compilée au cours de la période financière puisqu'aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7703 – Fonctionnement des installations - autres présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Un inventaire des espaces/ superficies occupées est en cours.			X
L'unité de mesure « mètre cube » pour le centre d'activité 7801 – Entretien et réparation des installations n'a pas été compilée au cours de la période financière puisqu'aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7801 – Entretien et réparation des installations présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Un inventaire des espaces/ superficies occupées est en cours.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Au cours de l'exercice, l'établissement a versé à des médecins des sommes dû à l'absence d'entente pour la rémunération des activités de télésurveillance dans le cadre du programme de suivi clinique intelligent à domicile.	2015-2016	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 domicile. Des démarches sont en cours pour mettre fin à cette pratique.			X
Rapport à la gouvernance						
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.	2015-2016	C	Des profils d'accès ont été créés en fonction des tâches spécifiques de chaque individu.	X		
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.	2015-2016	C	La difficulté était principalement attribuable au fait que les niveaux d'autorisation étaient différents d'une composante à l'autre. La politique d'approvisionnement du CISSS de la Montérégie-Ouest a été entérinée par la CA en mars 2016. Celle-ci décrit les nouveaux niveaux d'autorisation de l'établissement.	X		

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 2017		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport à la gouvernance – suite						
Nous avons constaté que le coordonnateur des opérations financières avait les pilotes d'accès pour le module Espresso et les accès au compte bancaire. Une mauvaise séparation des tâches augmente le risque que des erreurs ou des fraudes ne soient pas décelées.	2015-2016	C	Le poste de coordonnateur a été aboli. Des accès spécifiques ont été donnés à chacun des individus.	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.	2015-2016	C	Des profils d'accès ont été créés en fonction des tâches spécifiques de chaque individu.	X		
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles. Les droits d'accès accordés aux utilisateurs sont inappropriés et peuvent ainsi compromettre la confidentialité et l'intégrité des données et laisser la porte ouverte aux fraudes et autres délits.	2015-2016	C	Cette déficience sera évaluée au courant de l'année 2017-2018.			X
Il n'y a pas de processus en place pour évaluer les plaintes des parties prenantes sur la comptabilité, les processus internes ou la présentation de l'information financière. La direction devrait établir un processus pour recevoir, évaluer et conserver ces plaintes et pour y répondre de façon à protéger les parties prenantes de l'établissement.	2015-2016	C	Un processus sera défini au cours de l'année 2017-2018.			X
Lors de nos travaux, nous avons remarqué que l'établissement n'effectuait pas une surveillance adéquate des contrôles pour les activités touchant l'information financière imparties à une société de services. L'établissement devrait mettre en place des contrôles de surveillance ou obtenir l'attestation que les contrôles ont été mis en place et qu'ils ont fonctionné adéquatement tout au long de l'année (Rapport NCMC 3416 de type 2).	2016-2017	C	Cette déficience sera évaluée au courant de l'année 2017-2018 afin de mettre en place des contrôles adéquats.			X



Annexe

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 prémisse 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.

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, notam-

ment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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.

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 généraux en privilégiant les exigences de la bonne foi;
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables;
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population;
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles;
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur;
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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 ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 — APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante 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 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.

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.

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

Québec 



www.santemo.quebec