



CAMPAGNE DOUZE JOURS D'ACTION CONTRE LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Le conseil d'administration a accueilli Mme Deborah Pearson, directrice du Pavillon Marguerite-de-Champlain, maison d'hébergement pour femmes victimes de violence. Celle-ci a remercié le conseil d'administration et l'établissement qui soutiennent depuis dix ans la campagne annuelle pour éliminer la violence faite aux femmes. Plus 1000 rubans ont été distribués à l'entrée de l'Hôpital Charles-Le Moyne afin de sensibiliser la population à cette situation inacceptable.

Mme Pearson était accompagnée de deux collaboratrices, Mme Maria Papadakis, intervenante au Centre de femmes Com'femme, et Mme Michèle Ouimet, organisatrice communautaire à la Direction de santé publique. Cette dernière a rappelé l'importance de financer adéquatement les mesures de protection ainsi que les activités d'éducation et de sensibilisation visant à dénoncer les agressions, les abus, le harcèlement auxquels sont assujetties des filles et des femmes de la Montérégie, des actes qui génèrent des coûts énormes pour la société.

MOTION DE REMERCIEMENTS À MONSIEUR BONBON

Le conseil d'administration a souligné sa reconnaissance à l'égard d'une personne qui, depuis plus de dix ans, amasse des fonds pour adoucir la vie des personnes qui résident avec lui au CHSLD Henriette-Céré. Tous les jours, beau temps ou mauvais temps, M. Donald Scott sort en fauteuil roulant, sourire aux lèvres, pour vendre des friandises aux passants. Les sommes recueillies servent à acheter des biens de consommation, téléviseur, appareil

photo, ventilateur, question d'agréments le quotidien de ses voisines et voisins. Selon les témoignages de nombreuses personnes qui le côtoient, sa générosité et sa personnalité chaleureuse rayonnent sur la communauté. Chapeau Monsieur Bonbon pour l'inspiration que vous suscitez ainsi que pour les petits et grands bonheurs que vous offrez à votre entourage!

PERFORMANCE ET QUALITÉ

Résultats des indicateurs de l'Entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2019-2020 relevés à la période 6

Le conseil d'administration a pris acte des résultats de plusieurs indicateurs de l'EGI 2019-2020 cumulés au 14 septembre 2019.

- **Vaccination.** Pour la Montérégie, 16 920 vaccins ont été administrés en P6. C'est une augmentation de 1 242 vaccins par rapport à la même période l'an passé. De ce nombre, 80 % l'ont été dans les délais prescrits par le MSSS. La Direction de santé publique poursuit son travail en collaboration avec les trois CISSS de la Montérégie afin d'atteindre la cible de la planification stratégique 2020. Un groupe régional d'expertise en immunisation comprenant des membres des trois CISSS de la Montérégie a été créé afin de travailler sur les meilleures pratiques en matière d'organisation des services. Il faut savoir que tout vaccin administré, ne serait-ce qu'une journée après la cible prévue pour chacun des vaccins, fait en sorte de diminuer la performance mesurée. Par ailleurs, cet indicateur ne fait pas état des refus parentaux.

- **Dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans.** Le nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) chez les jeunes de 15 à 24 ans reste stable. En effet, le pourcentage d'atteinte de la cible régionale dépasse 120 % depuis 2018-2019.
- **Prévention et contrôle des infections.** L'hygiène des mains se veut une priorité organisationnelle pour la sécurité des usagers qui reçoivent des soins et services. L'adhésion aux bonnes pratiques à l'égard de l'hygiène des mains est obligatoire et essentielle. Une politique sur l'hygiène des mains a d'ailleurs été adoptée par le conseil d'administration. Plusieurs actions sont poursuivies dans l'objectif de l'atteinte de cette cible :
 - envoi périodique à chacune des directions d'un tableau de bord permettant de suivre le taux de conformité à l'hygiène des mains dans chacun des secteurs;
 - suivis effectués via le comité de direction;
 - formation des équipes ayant des taux de conformité très bas.

- **GMF et médecin de famille.** Le Département régional de médecine générale (DRMG) a réalisé un projet visant l'augmentation de l'inscription par les médecins de famille. La réponse favorable des médecins de notre territoire a fait en sorte que près de 75 % de notre population est inscrite auprès d'un médecin de famille. Avec 15 GMF (groupe de médecine de famille) et 2 GMF Réseau, les cibles ministérielles sont atteintes.
- **Admissions en CHSLD.** Pour la majorité des CHSLD du territoire, la cible est atteinte en ce qui a trait au pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil Iso-SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) de 10 à 14. Toutefois, certains CHSLD doivent admettre des patients de profil 9 (importante perte d'autonomie physique nécessitant le niveau d'assistance en CHSLD) ou de profil 8 (problèmes cognitifs nécessitant un encadrement spécifique) qui ne sont pas retenus pour le calcul de cet indicateur. Au global, pour la période 6, l'établissement se situe à 97,4 % d'atteinte de la cible.
- **Soutien à domicile (SAD) de longue durée** En matière de soutien à domicile de longue durée pour les adultes des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), déficience physique (DP), déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA), les résultats de la P6 permettent de projeter un dépassement de la cible de près de 100 000 heures. Cela représente une augmentation de 720 usagers comparativement au nombre servis à la même période l'an passé.
- **DP et DI-TSA.** Selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique, les taux des demandes de services traitées en CLSC sont au-dessus de 95 % (soit 4 demandes hors délais pour l'ensemble de notre CISSS) alors que 100 % des demandes sont traitées dans les délais en centre de réadaptation en déficience physique.
- **Urgence.** De nombreuses stratégies sont activées pour améliorer la fluidité hospitalière :
 - La mise en place d'une structure de gouvernance comportant un comité de coordination clinique (*PDGA voir page 6), un comité de travail des cas complexes longs séjours (DSI-DSP-DSM-DPSAPA), un comité de travail accessibilité aux lits (DSP-DSI-DSM-DPSAPA-Hygiène et salubrité), un sous-comité *SWAT TEAM* - Fluidité des séjours (DSI-DSP-DSM-DPSAPA), un sous-comité de travail 5^e Nord HCLM (DSI-DSP-DPSAPA) et un sous-comité trajectoire orientation patient-congé (DPSAPA-DSM-DSI-DSP).
 - L'implantation d'un nouveau logiciel de réorientation pour les clients ayant une condition clinique qui permet la réorientation vers la consultation médicale en première ligne, et ce, dans nos 2 réseaux locaux de services.
 - Depuis le 29 octobre 2019, une zone d'intervention rapide a été implantée à l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM) afin d'aider la fluidité intraurgence.
- **Soins palliatifs et soins de fin de vie.** Bien que les cibles quant au nombre d'usagers en soins palliatifs ou de fin de vie à domicile ne soient pas atteintes, il n'y a aucune demande en attente d'un premier service. Des enjeux de disponibilité médicale rendent difficile l'atteinte de cette cible, notamment dans le RLS du Haut-Richelieu–Rouville. La cible de 42 lits demandés est dépassée avec 48 lits pour l'ensemble du CISSS.
- **Chirurgies.** En ce qui a trait aux demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies, 3 cas hors délais sont relevés à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Pour l'HCLM, des démarches sont en cours pour diminuer les demandes hors délais. Par ailleurs, des heures additionnelles d'ouverture sont allouées à l'Hôpital du Haut-Richelieu et à la Clinique médicale DIX30 afin d'opérer des patients en attente de plus d'un an. Les patients des chirurgiens dont le temps d'attente est le plus important sont priorisés et une offre leur est faite d'être opérés par d'autres collègues (deuxième offre). Plus de 76 % des patients oncologiques sont opérés en moins de 28 jours et la cible est atteinte au 56^e jour.
- **Imagerie médicale.** Plusieurs ententes sont faites pour atteindre les cibles en matière d'imagerie :
 - augmentation des plages horaires médicales à l'interne de nuit;
 - développement d'un partenariat avec l'Hôpital Notre-Dame offrant des places pour les échographies musculosquelettiques;
 - établissement d'un corridor de service pour les résonances magnétiques dont le délai d'attente se situe à l'extérieur de 90 jours.

Bien que ces ententes de services améliorent le pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale, certains indicateurs requièrent un suivi à la suite d'une détérioration récente. En effet, pour ce qui est des scopies, une des salles de radiologie est défectueuse à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Pour l'HCLM, la disponibilité des radiologistes et le manque de technologies ont contribué à une détérioration de l'indicateur.

- **Indicateurs multiprogrammes.** Le pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours s'élève à près de 65 %, dépassant ainsi la cible ministérielle. Concernant l'implantation en 4 étapes de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, les 3 premières étapes sont complétées à la période 6. Les prochains mois permettront d'atteindre la cible.
- **Ressources humaines.** Dans un mouvement contraire à la quasi-totalité du réseau de la santé, le ratio d'heures en assurance-salaire s'est amélioré. Plusieurs mesures ont été mises en place pour atteindre ce résultat :
 - adoption d'une politique « réseau » portant sur la gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail;
 - mise en place d'actions et d'outils favorisant le développement des compétences des gestionnaires autant en matière de gestion de la présence au travail qu'en prévention des absences et en qualité de vie au travail;
 - accompagnement du service de la gestion de la présence au travail et de la prévention, promotion et mieux-être au travail.

Malgré les efforts pour réduire le taux d'heures supplémentaires, la pression demeure importante sur les effectifs d'infirmières et de préposées aux bénéficiaires, notamment pour les unités de soins, les lits de débordement et les secteurs spécialisés. Parmi les actions mises en place afin de contrôler le recours au temps supplémentaire, il faut mentionner l'utilisation maximale des disponibilités offertes à taux régulier pour les infirmières, infirmières auxiliaires, auxiliaire aux services de santé et services sociaux et préposés aux bénéficiaires lorsque la situation le requiert.

En ce qui a trait au recours à la main-d'œuvre indépendante, l'organisation a eu recours à un nombre important d'heures pour la sécurité. En excluant ces heures attribuées à la sécurité, le taux serait de 0,86 %.

Bilan des incidents et accidents 2019-2020 – périodes 1 à 6

Les données extraites du Registre local des incidents/accidents liés à la prestation de soins et services aux usagers du 1^{er} avril 2019 au 14 septembre 2019 ont été présentées. Voici les éléments à retenir dans cet état de situation trimestrielle :

- Le volume de déclaration des accidents et incidents, soit 8 824 déclarations, accuse une légère baisse par rapport à la même période l'an dernier. En effet, ce chiffre correspond à 89% du volume observé l'an dernier. Un rappel a été fait auprès de tous les gestionnaires afin de s'assurer que la diminution des déclarations observée à date fasse l'objet d'une plus grande vigilance dans tous les secteurs d'activités et qu'une culture du juste, sans blâme, soit renforcée.
- Les erreurs de médicaments ainsi que les chutes demeurent les principales causes d'erreurs rapportées.
- Les taux de divulgation sont conformes à la pratique attendue.

- La répartition des accidents en fonction des types d'accidents, des lieux de prestation où ils se sont produits, du quart de travail ainsi que du type d'usagers touchés par ceux-ci est inchangée.
- Un nombre important de rapports du Bureau du coroner a été reçu. Le volume de rapports variant significativement d'une année à l'autre ne reflète pas nécessairement la fluctuation des décès sous enquête du coroner en temps réel. L'entièreté des recommandations provenant du Bureau du Coroner comme celles en provenance du Protecteur du citoyen ont été mises en place.

Gestion des risques cliniques et non cliniques (ou organisationnels)

Des rapports sont faits périodiquement au conseil d'administration et à ses comités (comité de vérification et comité de vigilance et de la qualité) portant sur les données au Registre des risques organisationnels, au Registre des incidents et accidents ainsi que sur les activités du comité de gestion des risques.

Le mandat principal du comité de gestion des risques est d'assurer au conseil d'administration :

1. que les obligations de l'établissement en ce qui concerne les usagers, mais aussi celles des employés, des médecins et des tiers sont remplies ;
2. que des mécanismes sont en place pour diminuer les risques d'accidents causant des dommages et pour protéger les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles du CISSS de la Montérégie-Centre.

Les activités du comité de gestion des risques permettent notamment d'améliorer les processus et de distinguer les éléments pertinents dans un ensemble d'informations disponibles afin de cibler efficacement

les efforts à déployer pour améliorer la qualité et la sécurité.

Le rapport annuel 2018-2019 de ce comité qui a été présenté au conseil d'administration fait état des éléments suivants :

- **Volume de déclarations d'incidents et d'accidents au CISSS de la Montérégie-Centre.** En 2018-2019, au total, 21 008 événements indésirables ont été déclarés et enregistrés. Ces déclarations représentent une augmentation de 6,4 % par rapport à l'année dernière. Le volume de déclarations est quasi identique entre chaque RLS. Quatre déclarations ont été enregistrées à l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB). Les principaux événements indésirables sont des erreurs de médicaments (32,54 %) et des chutes (30,16 %). Toutefois, c'est dans les sites du RLS du Haut-Richelieu–Rouville que l'on retrouve le plus de chutes (58,15 % des chutes) et c'est dans le RLS de Champlain que sont davantage déclarées les erreurs de médicaments (53,50 %). Ces constats sont en lien direct avec le volume de lits de soins de courte durée et de longue durée de chaque RLS qui diffère significativement.
- **Actions prises pour les recommandations formulées par le Coroner.** Entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019, trois rapports d'investigation du Coroner concernaient le CISSS de la Montérégie-Centre. Le suivi des recommandations formulées par le Coroner a été réalisé dans les délais prescrits.
- **Actions prises pour les recommandations et/ou demandes par la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services et le Protecteur du citoyen.** Cette année, 21 demandes d'information ou recommandations ont été adressées au Service gestion de la

qualité et des risques. Au 31 mars 2019, 100 % de ces analyses approfondies étaient traitées et fermées par le Service gestion de la qualité et des risques. Le Protecteur du citoyen n'a pas interpellé le Service gestion de la qualité et des risques pour des demandes d'information.

- **Alertes médicales et non médicales.** Pour l'année 2018-2019, le service a comptabilisé 52 alertes, comparativement à 32 pour l'année précédente. Pour mieux recenser les alertes, une plateforme de gestion des alertes a été mise en place en août 2018.
- **Établissements privés, privés conventionnés et établissements avec ententes de partenariat public-privé.** La Direction qualité, évaluation, performance, éthique et Lean (DQÉPÉL) est responsable d'assurer une vigie quant à l'application des orientations ministérielles dans les établissements privés (4) et privés conventionnés (2) et établissements avec ententes de partenariat public-privé (4). Dans le cadre de sa responsabilité populationnelle et contractuelle, elle suit la qualité des services offerts par des établissements privés du territoire. Plusieurs actions sont menées cycliquement auprès de ces partenaires :
 - tenue annuelle de deux rencontres avec les hauts dirigeants de ces établissements et registre des correspondances;
 - présence à toutes les visites ministérielles et suivi proactif et collaboratif des recommandations issues de ces visites;
 - intégration de toutes les redditions de comptes de l'entente de gestion et d'imputabilité;
 - suivi périodique des obligations contractuelles des établissements en partenariat public-privé.

Cette année, deux établissements, le CHSLD Valéo et la Résidence les Éclusiers-St-Lambert (antérieurement connue sous le vocable « CHSLD Argyle »), ont fait l'objet d'un audit approfondi.

- **Adoption de politiques en matière de gestion de risque et de qualité.** Plusieurs politiques et procédures ont été adoptées cette année :
 - Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail ;
 - Politique visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
 - Cadre de référence sur le partenariat avec l'utilisateur et ses proches;
 - Politique et procédure sur les mesures de prévention et de contrôle des infections à prendre lors de travaux de construction, de rénovation et d'entretien des installations;
 - Politique d'intervention en matière de gestion de l'agressivité, Code blanc – Code argent.
- **Gestion des risques organisationnels non cliniques.** La répartition du nombre de risques selon l'échelle de criticité est la suivante : négligeable (3 %), tolérable (33 %), important (34 %) et non acceptable (30 %). Les risques principaux qui ont été recensés et analysés sont les suivants :
 - engorgement des places d'hospitalisation aiguës par des usagers en « Niveaux de soins alternatifs » (NSA);
 - incapacité à combler la totalité des besoins en personnel clinique pour soutenir les services;
 - incapacité à combler la totalité des besoins du personnel administratif qualifié affectant la réponse

- aux besoins en matière de gestion et de conformité;
- o difficulté à opérer l'arrimage des orientations et des décisions ministérielles relatives au projet Optilab avec la Direction régionale des laboratoires (DRL);
- o difficulté dans l'application des mesures de prévention des infections;
- o manque de ressources d'hébergement en réponse au vieillissement de la population;
- o plan opérationnel de mesures d'urgence intégré;
- o accès non personnalisé au TD Web et Impacts par tous les médecins, résidents et autres stagiaires en médecine;
- o incapacité à intégrer efficacement la croissance découlant des nouveaux budgets.

AFFAIRES FINANCIÈRES

Prolongation de l'entente des services bancaires avec la Banque Nationale du Canada

L'entente du CISSS avec le fournisseur de services bancaires prend fin le 31 janvier 2020. Sur recommandation du comité de vérification, le conseil d'administration a renouvelé l'entente avec la Banque Nationale du Canada.

Résultats financiers de l'exercice 2019-2020 (à la fin de la période 7, terminée le 12 octobre 2019)

Les résultats financiers au 12 octobre 2019 montrent un surplus de 863 K\$ représentant 0,15 % du budget cumulatif. À cette date, l'établissement prévoit un surplus de 1,1 M\$ au 31 mars 2020, et ce, incluant le déficit régional du projet Optilab.

AFFAIRES COURANTES

Nominations

- Mme Maryse Poupart a été nommée directrice générale adjointe aux programmes de soutien, d'administration et de partenariats le 28 octobre 2019. Elle cumule également le poste de directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.
- Mme Josée Fournier a été nommée directrice de la qualité, évaluation, performance, éthique et Lean le 28 octobre 2019, en remplacement de M. Jacques Fournier qui quittera ses fonctions prochainement.
- Mme Lyne Noel a été nommée directrice adjointe aux opérations à la Direction des services multidisciplinaires.
- Une optométriste a vu sa nomination renouvelée pour une durée de deux ans.
- Le mandat de trois membres du comité d'éthique de la recherche ont été reconduits pour une durée de trois ans : Mme Sylvie Lorange à titre de vice-présidente et de membre régulier au comité d'éthique de la recherche (domaine du droit); M. Jean-Pierre Melun à titre de membre régulier (domaine scientifique) et vice-président substitut; Mme Hélène Guitard à titre de membre substitut (domaine scientifique).
- Le privilège d'exercice de la recherche a été octroyé à Mme Pascale Gravel, agente d'amélioration continue de la qualité au groupe de médecine familiale universitaire Charles-Le Moyne.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Sur recommandation du comité exécutif du CMDP, le conseil a :

- octroyé le statut et les privilèges de pratique à 4 médecins de famille, 9 médecins spécialistes et un pharmacien;
- prorogé le statut et les privilèges d'un médecin spécialiste;
- renouvelé la nomination de 13 médecins de famille et 383 médecins spécialistes;
- modifié les privilèges de 7 médecins de famille;
- ajouté un privilège d'exercice de la recherche à un médecin spécialiste;
- pris acte de la radiation temporaire d'un médecin par le Collège des médecins du Québec;
- pris acte de l'approbation de 11 demandes de congé de service ainsi que de la démission de 18 autres membres du CMDP.

Règles de gouvernance

Les politiques suivantes ont été entérinées par le conseil d'administration :

- Politique sur la prévention du suicide;
- Politique relative au recouvrement des comptes à recevoir, à la provision des créances douteuses et à la radiation.

Cession de la Maison Bouthillier

La Maison Bouthillier, un édifice désaffecté du CISSS, fait partie du patrimoine architectural de la Ville de Saint-Jean-sur-Richelieu. Au terme des négociations conclues avec la municipalité, le président-directeur général a été autorisé à lui céder le bâtiment et à signer tous les documents afférents à cette transaction au montant de 1 \$.

Rapports annuels

Les rapports suivants ont été déposés au conseil d'administration :

- Rapport annuel 2018-2019 du conseil des sages-femmes présenté par Mme Marie-France Beaudoin, présidente du conseil sages-femmes (CSF);
- Rapport annuel 2018-2019 du conseil multidisciplinaire (CM) présenté par Mme Anne-Marie Limoges, vice-présidente du CM;
- Rapport annuel 2018-2019 du conseil des infirmières et infirmiers (CII) présenté par Mme Chantal Charette, membre du comité exécutif du CII et du conseil d'administration.

PROCHAINE SÉANCE DU CONSEIL

Le 30 janvier 2020, à 19 h, au 1255, rue Beauregard, Longueuil.

*Signification complète des acronymes utilisés à la page 2

PDGA : présidente-directrice générale adjointe

DSI : Direction des soins infirmiers

DSP : Direction des services professionnels

DSM : Direction des services multidisciplinaires

DPSAPA : Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées