



# Rapport annuel de gestion

2020-2021

# Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest

200, boulevard Brisebois, Châteauguay (Québec) J6K 4W8  
Téléphone: 450 699-2433 | Télécopieur: 450 699-2525  
[santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest)

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.

Ce document est disponible en version électronique sur le site Internet et l'intranet de l'organisation.  
ISBN: 978-2-550-89383-7 (imprimé)  
ISBN: 978-2-550-89384-4 (PDF)  
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

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

# Table des matières

## 5 Préface

- 6 Liste des sigles et des acronymes
- 8 Message des autorités
- 14 Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

## 15 Présentation de l'établissement et des faits saillants

- 16 Notre mission
- 17 Notre vision
- 17 Nos ambitions
- 18 Nos valeurs
- 20 Carte du territoire
- 22 Services offerts
- 24 Structure de l'organisation
- 26 Comité de direction
- 27 Conseil d'administration
- 28 Comités, conseils et instances consultatives
- 29 Faits saillants de l'établissement

## 37 Résultats au regard du plan stratégique du MSSS

- 38 Résultats d'indicateurs du plan stratégique du MSSS

## 41 Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

- 42 Sécurité et qualité des soins et des services
- 50 Personnes mises sous garde et promotion des droits
- 51 Examen des plaintes
- 52 Information et consultation de la population

## 55 Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

## 57 Ressources humaines

- 58 Répartition de l'effectif par catégorie de personnel
- 59 Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

## 61 Ressources financières

- 62 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
- 64 Équilibre budgétaire
- 64 Contrats de service
- 64 **Ressources informationnelles\***

## 65 État du suivi des réserves

## 69 Divulgence des actes répréhensibles

- 70 Reddition de comptes

## 71 Annexe

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

\* La reddition de compte des ressources informationnelles est présentée dans le rapport annuel de gestion 2020-2021 du CISSS de la Montérégie-Centre.





# Préface

# Liste des sigles et des acronymes

## - A -

**AMM** Aide médicale à mourir  
**AVC** Accident vasculaire cérébral

## - C -

**CA** Conseil d'administration  
**CDD** Clinique désignée de dépistage  
**CDÉ** Clinique désignée d'évaluation  
**CÉC** Comité d'éthique clinique  
**CGR** Comité de gestion des risques  
**CHSGS** Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés  
**CHSLD** Centre d'hébergement de soins de longue durée  
**CII** Conseil des infirmières et infirmiers  
**CISSS** Centre intégré de santé et de services sociaux  
**CIUSSS** Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
**CLSC** Centre local de services communautaires  
**CM** Conseil multidisciplinaire  
**CMDP** Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens  
**CR** Centre de réadaptation  
**CRDI** Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

**CRDP** Centre de réadaptation en déficience physique  
**CRSP** Comité régional sur les services pharmaceutiques  
**CUCI** Comité des usagers du centre intégré

## - D -

**DI** Déficience intellectuelle  
**DL** Direction de la logistique  
**DP** Déficience physique  
**DPD** Direction des programmes Déficiences  
**DPHVS** Direction Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges  
**DPJASP** Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique  
**DPSMD** Direction des programmes Santé mentale et Dépendance  
**DQEPE** Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique  
**DRF** Direction des ressources financières  
**DRHCAJ** Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

**DRIM** Direction des ressources informationnelles de la Montérégie  
**DRMG** Département régional de médecine générale  
**DSADG** Direction du soutien à domicile et de la gériatrie  
**DSHAPPA** Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie  
**DSIEU** Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers  
**DSMREU** Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire  
**DSPERM** Direction des services professionnels et de l'enseignement médical  
**DST** Direction des services techniques

## - E -

**ENA** Environnement numérique d'apprentissage  
**ÉPI** Équipement de protection individuelle  
**ETC** Équivalent temps complet

## - G -

**GMF** Groupe de médecine de famille

**GRF** Gestion des ressources financières

## - L -

**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

## - M -

**MSSS** Ministère de la Santé et des Services sociaux

## - N -

**NSA** Niveau de soins alternatifs

## - P -

**PAB** Préposé aux bénéficiaires

**PCI** Prévention et contrôle des infections

**PHVS** Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

## - R -

**RAC** Résidence à assistance continue

**RI** Ressource intermédiaire

**RLRQ** Recueil des lois et des règlements du Québec

**RPA** Résidence privée pour aînés

**RSSS** Réseau de la santé et des services sociaux

**RTF** Ressource de type familial

## - S -

**SAD** Soutien à domicile

**SHT** Site d'hébergement temporaire

**SNT** Site non traditionnel

**SSMÊT** Santé, sécurité et mieux-être au travail

**SQI** Société québécoise des infrastructures

## - T -

**TC** Trouble du comportement

**TGC** Trouble grave du comportement

**TSA** Trouble du spectre de l'autisme

## - U -

**URFI** Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

# Message des autorités



**Yves Masse**  
Président-directeur  
général



**Claude Jolin**  
Président du conseil  
d'administration

Comme l'ensemble de la planète, le CISSS de la Montérégie-Ouest a été lourdement touché par la crise sanitaire mondiale causée par la COVID-19. L'année 2020-2021 s'est déroulée sous le signe de la résilience, mais principalement de l'engagement et du dévouement de notre personnel, de nos gestionnaires et de nos médecins au bénéfice de notre population. Jamais leur présence et leur travail n'auront été aussi significatifs pour notre collectivité. C'est en toute humilité et avec beaucoup d'authenticité que nous souhaitons, d'entrée de jeu, les remercier pour tous ces gestes posés pour soigner, rassurer et soutenir nos usagers, nos résidents et leurs proches dans ce contexte hors du commun.

Vous trouverez dans ce rapport annuel quelques projets qui ont été mis de l'avant par l'organisation, malgré la situation particulière, ainsi que plusieurs réalisations déployées dans le contexte de la pandémie.

## Le conseil d'administration (CA)

Les membres du conseil d'administration ont également procédé à l'adoption de cinq règlements, politiques ou procédures et ont traité une cinquantaine de dossiers organisationnels. Ils ont aussi suivi de près la situation dans nos hôpitaux, nos centres d'hébergement, nos sites d'hébergement COVID-19 dans la communauté et les résidences pour personnes âgées, plus largement affectées par la situation de la COVID-19.

La séance d'information annuelle de novembre dernier s'est tenue en webinaire. Le public a pu en connaître davantage sur le bilan de l'année 2019-2020, de même que les priorités pour l'année 2020-2021. C'est le sujet de la santé mentale qui aura été à l'honneur lors de la table ronde dont le thème principal a été : « Quand et comment demander de l'aide ! ». Comme par les années précédentes, ce moment a donné lieu à plusieurs échanges enrichissants entre les différents intervenants, qui ont pu offrir de précieux conseils à notre population.

## L'équilibre budgétaire

Malgré la pandémie, le CISSS de la Montérégie-Ouest a atteint, pour la 5<sup>e</sup> année, l'équilibre budgétaire. La section des ressources financières aux pages 61 à 64 présente tous les détails.



## Quelques faits marquants de notre année

Les premiers mois de la pandémie ont démontré à quel point la mobilisation de tous vers un objectif commun peut faire la différence. Plusieurs réalisations d'envergure en font la démonstration, notamment la mise en place de zones chaudes et tièdes dans plusieurs installations et la mise sur pied en quelques jours d'un site non traditionnel de soins à l'Hôtel Plaza de Valleyfield pour les usagers COVID positifs ne nécessitant pas de soins hospitaliers. Notons également la mise en place d'unités régulières et de soins intensifs COVID, de trajectoires hospitalières, d'un refuge pour les personnes itinérantes, l'ouverture de nouveaux sites tels que les cliniques désignées de dépistage et les cliniques désignées d'évaluation COVID, etc. De plus, plusieurs équipes cliniques ont dû revoir leur offre de service rapidement afin de s'ajuster aux mesures sanitaires en vigueur. Quelques exemples vous seront présentés dans la section des faits saillants.

Nous ne pouvons pas passer sous silence les éclosions de COVID ayant frappé certaines de nos installations pendant l'année. Ayant été épargnées pendant la première vague de la pandémie, notamment pour nos 11 CHSLD, succès probable de la rigueur et de la vigilance de nos équipes en place et en soutien, quelques installations ont vécu des éclosions d'importance ayant touché plusieurs usagers, familles, membres du personnel et médecins.

## Une année notable pour le Service de prévention et contrôle des infections (PCI)

Rapidement en début de pandémie, les membres du Service de PCI ont offert leur soutien aux équipes terrain de même qu'à tous les gestionnaires de l'organisation. Dans le contexte pandémique, leur expertise était primordiale et a été grandement sollicitée. Le partage de la bonne information au bon moment était crucial alors que les connaissances requises pour la gestion des cas de COVID-19 en début de pandémie étaient limitées. En plus de son rôle de soutien, l'équipe PCI s'est occupée de la gestion des éclosions dans nos milieux ainsi que dans les résidences privées pour aînés (RPA), les CHSLD privés et les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). Une équipe a rapidement été mise en place afin de soutenir les ressources avec une clientèle fragilisée. Au 31 mars 2021, ce sont 325 des 478 ressources d'hébergement privées (CHSLD, RPA et RI-RTF) qui avaient été visitées.

**Rapidement en début de pandémie, les membres du Service de PCI ont offert leur soutien aux équipes terrain de même qu'à tous les gestionnaires de l'organisation. Dans le contexte pandémique, leur expertise était primordiale et a été grandement sollicitée.**

## Une organisation agile pour la sécurité de ses usagers et de ses employés

Cette année, toutes les directions se sont démarquées par leur agilité. Pandémie oblige, elles ont dû faire autrement, et vite. C'est ainsi que la Direction de la logistique (DL) a réinventé son offre de service en proposant des solutions audacieuses aux enjeux soulevés par la COVID-19. Grâce à la grande collaboration et à la flexibilité des employés, il a été possible d'instaurer, dans un temps record, un processus efficient d'acquisition, de distribution, de récupération et d'entretien des uniformes pour les trois hôpitaux de l'établissement ainsi que dans nos installations où se trouvaient des zones chaudes et tièdes de même que chez nos partenaires externes.

Il a également fallu être agile pour relever l'important mandat de la gestion des équipements de protection individuelle (ÉPI). Ce fut un gros travail de collaboration entre la DL, la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire (DSIEU), l'équipe de PCI et le Service de santé, sécurité et mieux-être au travail (SSMÉT). Des solutions efficaces et ingénieuses ont été déployées ayant pour objectif premier d'assurer la sécurité de la population et de nos employés. Afin de préserver une gestion judicieuse des ÉPI, un outil de vigie de l'état des inventaires et des consommations en temps réel a été développé, puis l'inventaire des ÉPI a été centralisé. Pour assurer la disponibilité du matériel de protection, plusieurs solutions ont été déployées, dont la collaboration avec des fournisseurs alternatifs. Nous avons également innové avec la production locale de produits substitués qui ont été développés par les équipes de l'organisation, une démarche appuyée par un processus rigoureux de conformité de la qualité.

## Du nouveau pour la clientèle jeunesse

En novembre 2020, les travaux de déploiement du projet Aire ouverte ont débuté. Ce projet est constitué d'une gamme complète de soins et de services pour les jeunes, dans le but d'améliorer leur santé globale et leur bien-être. Ces services découlent d'une collaboration intersectorielle qui implique, entre autres, une collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et les ressources communautaires, le réseau de l'éducation, celui de l'emploi, de la solidarité sociale et d'autres collaborateurs qui seront à même de répondre aux besoins des jeunes visés. C'est avec la contribution de jeunes et de familles que nous préparons la mise en place de cette offre de service qui vise à joindre la clientèle âgée entre 12 et 25 ans, notamment les jeunes en situation de vulnérabilité, ceux qui sont marginalisés et ceux qui ne consultent pas ou peu les services du réseau de la santé et des services sociaux.

## Des services revus pour les 0-6 ans en déficience du langage

Le premier service spécialisé offert aux enfants âgés entre 0-6 ans qui éprouvent une déficience du langage a été revu. En continuité avec le programme Agir tôt qui vise à soutenir le développement du plein potentiel des enfants dès leur plus jeune âge, le premier service pour la clientèle 0-6 ans est offert désormais de manière individualisée avec l'évaluation d'une orthophoniste. Auparavant, celui-ci était constitué de services de groupe avec remise d'un plan d'intervention individualisé pour l'enfant à la fin des séances.

Cette nouvelle offre de service interdisciplinaire comprend les services d'un orthophoniste et d'un éducateur en partenariat avec l'enfant et ses parents. Les premiers résultats sont très positifs et démontrent une grande satisfaction de tous envers la nouvelle offre de service.

## Un nouveau code d'éthique pour l'organisation

Le lancement du **code d'éthique** en temps de pandémie ne pouvait pas mieux tomber, car la communication, la collaboration et la bienveillance étaient plus que jamais à l'honneur. Celui-ci est disponible sous forme de dépliant, d'affiche et de feuillet, en français et en anglais. Un *vox pop* a été réalisé avec des usagers et différents intervenants œuvrant au sein de l'organisation, nous expliquant, en toute simplicité, des concepts phares du code d'éthique.

## Notre CISSS sous les projecteurs

En janvier 2019, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) lançait un appel de projets pour prévenir les surdoses d'opioïdes. L'équipe de réadaptation externe de la Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire a fait une proposition audacieuse pour lutter contre ce fléau. En effet, l'équipe a déployé un projet visant à prévenir la consommation problématique des opioïdes reliée aux troubles musculosquelettiques. En intégrant de manière innovante une équipe interdisciplinaire et en se basant sur les meilleures pratiques incluant des rencontres de groupe pour développer des stratégies d'autogestion de la douleur, le projet Prév-ActiON favorise un partenariat essentiel au bien-être de l'utilisateur souffrant de douleur persistante. Les résultats sont sans équivoque : le projet Prév-ActiON a permis une réduction notable des délais d'attente, passant de 10 ans à 3 mois. Le projet s'est mérité la médaille du Prix Jean-Paul Marsan pour l'innovation lors des Prix Hippocrate 2020.

## Plus que des remerciements

L'année 2020-2021 aura bouleversé la vie de nombreuses personnes. Malgré les défis occasionnés par un virus dont nous n'attendions pas la venue, c'est avec beaucoup de courage et de détermination que les employés, les gestionnaires et les médecins qui œuvrent au sein de notre organisation ont affronté la tempête. La grande mobilisation dont ils ont fait preuve peut être applaudie de tous. À ce titre, nous sommes bien conscients des sacrifices exigés par cette situation exceptionnelle et pour toutes les heures investies à soigner, à servir et à planifier les soins et les services pour nos usagers, et ce, malgré les enjeux de main-d'œuvre présents dans le réseau de la santé et services sociaux et particulièrement en Montérégie-Ouest; nous leur en sommes excessivement reconnaissants. Sans eux et leur famille qui les ont soutenus, nous n'aurions pu traverser ces mois de pandémie.

Nous souhaitons exprimer une mention spéciale aux nombreux employés qui ont dû faire preuve de polyvalence en quittant temporairement leur équipe de travail habituelle afin de venir en aide aux secteurs où la situation était particulièrement critique. Ils ont dû faire preuve d'adaptation et d'une grande résilience.

Le soutien de nos partenaires de la communauté, de nos fondations, des organismes communautaires et de nos bénévoles a aussi été excessivement précieux. Leur apport a sans contredit fait une différence dans cette année difficile. Aussi, soulignons la contribution des membres du conseil d'administration qui se sont assurés, malgré la complexité de la situation, de veiller au maintien des soins et des services de qualité pour notre population. En terminant, nous souhaitons remercier nos usagers et leurs proches pour la confiance qu'ils nous témoignent.

Le président du conseil d'administration,



Claude Jolin

Le président-directeur général,



Yves Masse

# Déclaration de fiabilité

## des données et des contrôles afférents

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relevaient de ma responsabilité au 31 mars 2021.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2020-2021 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;
- exposent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2021.

Le président-directeur général,



Yves Masse

# Présentation de l'établissement et des faits saillants

# Notre mission

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du MSSS, 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.

# Notre vision

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

# Nos ambitions

Les ambitions du CISSS de la Montérégie-Ouest ont été élaborées dans le but que l'organisation s'approprie et actualise la vision ministérielle telle que définie dans sa planification stratégique et qu'elle communique ses aspirations. À travers celles-ci et en osant innover dans ses façons de faire, l'organisation se démarquera et rayonnera par :

- l'excellence de son offre de soins et services intégrés 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.

# Nos valeurs

Cinq valeurs en équilibre et interdépendantes animent notre établissement. Si le CISSS de la Montérégie-Ouest a décidé de faire siennes ces valeurs et d'amener l'ensemble des personnes œuvrant dans notre organisation à les partager, c'est parce qu'elles sont gages d'une mobilisation et d'un ancrage forts. Des individus engagés qui s'approprient les valeurs et qui comprennent leur pertinence contribuent nécessairement à une culture organisationnelle solide et inspirante.



## Bienveillance

Démontrer un souci pour les autres et entretenir des relations basées sur l'écoute et des échanges courtois qui témoignent du respect de tous.

**« Faisons preuve de considération, d'ouverture et de générosité envers les autres. »**

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

## 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.

## 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 aux projets, 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 et positivisme;
- Être loyal.

## 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 aux projets, s'ouvrir aux nouvelles pratiques;
- Viser la réussite et l'excellence dans la qualité et le résultat.

## Cohérence

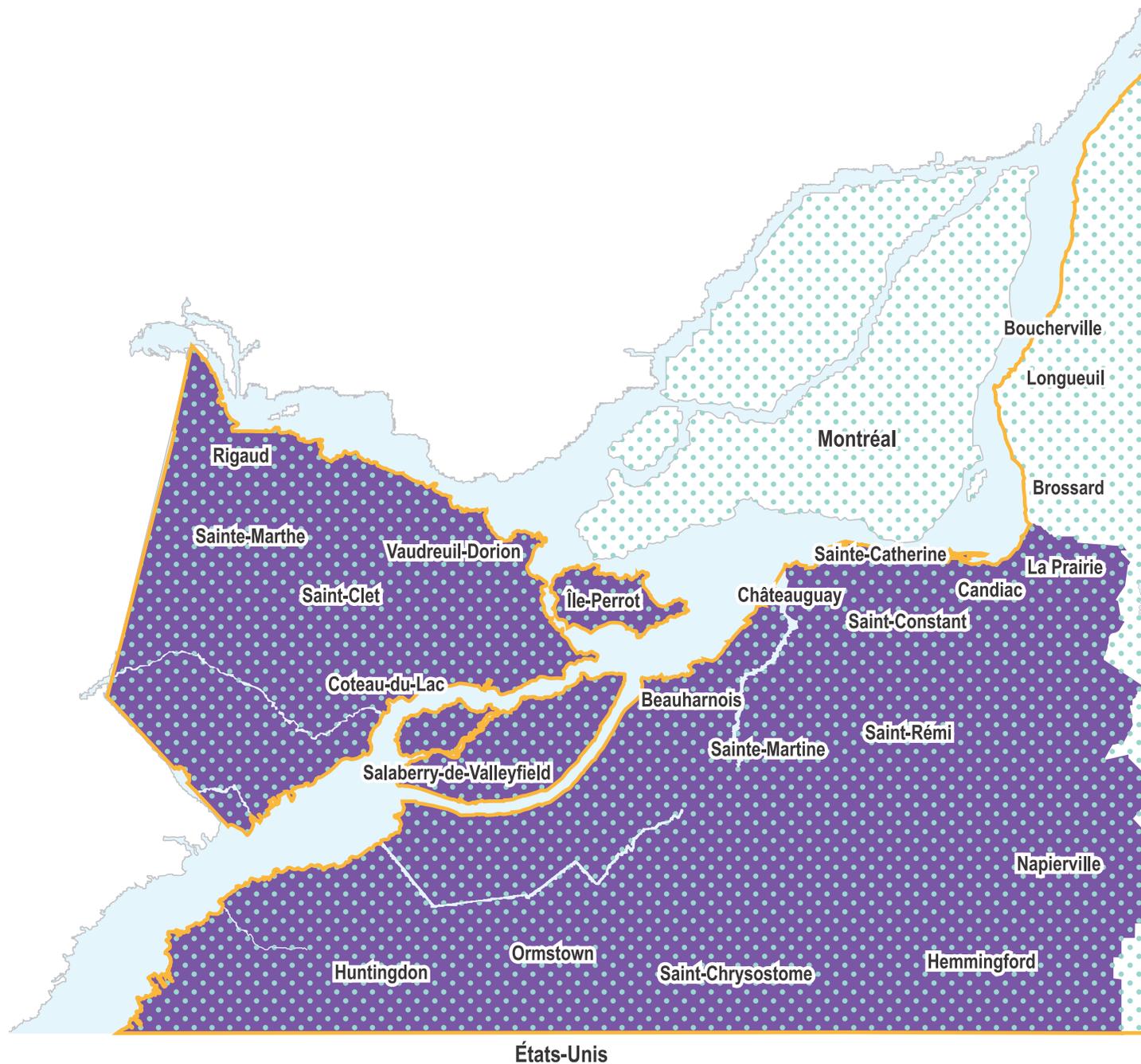
Décider et agir avec pertinence et équité, et être solidaire de nos orientations communes.

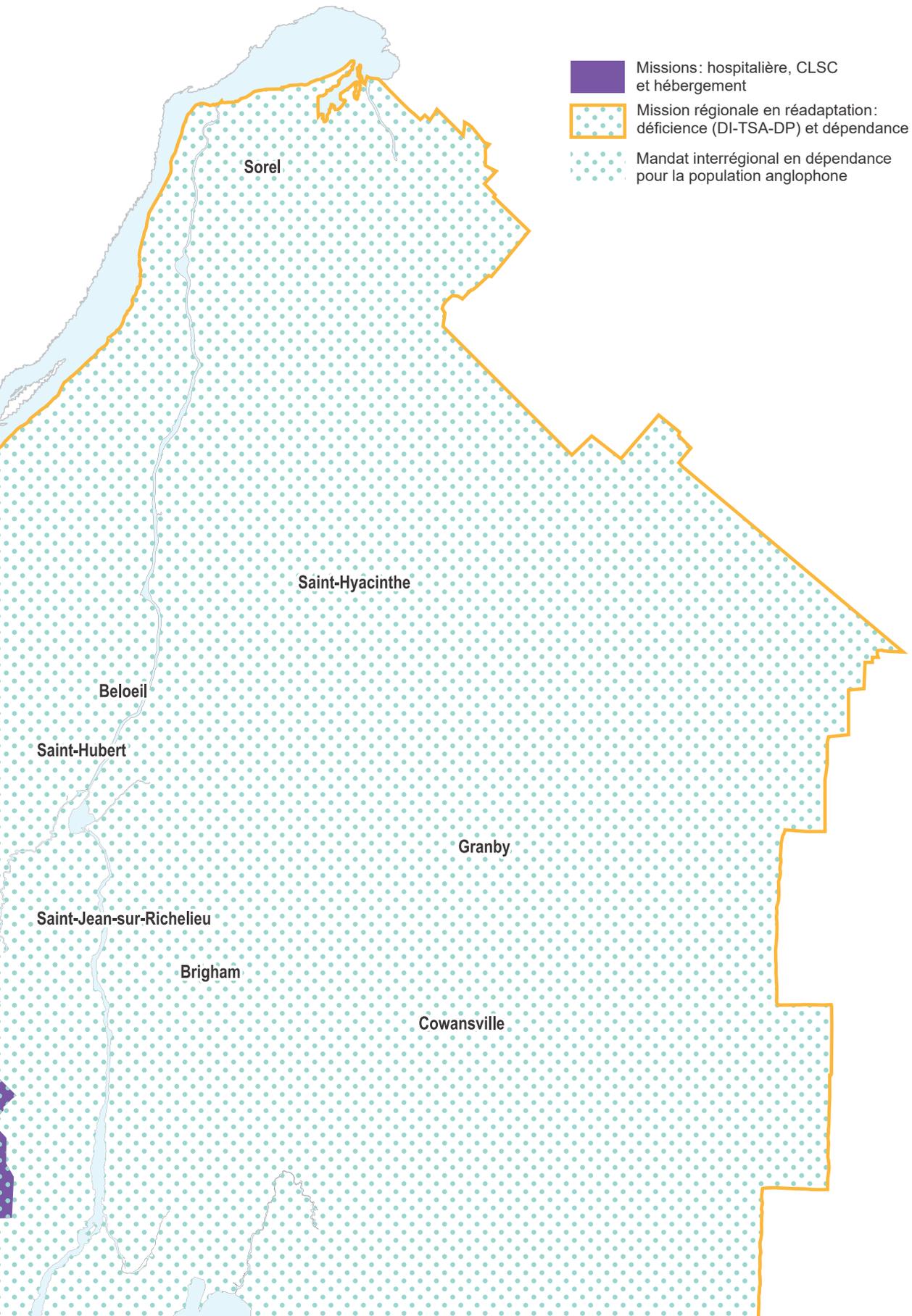
**« Agissons avec cohérence pour donner du sens à nos gestes et paroles. »**

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

# Carte du territoire

## CISSS de la Montérégie-Ouest





- Missions : hospitalière, CLSC et hébergement
- Mission régionale en réadaptation : déficience (DI-TSA-DP) et dépendance
- Mandat interrégional en dépendance pour la population anglophone

# Services offerts

Le CISSS de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 500 personnes, 529 médecins\*, dont 263 omnipraticiens et 266 spécialistes, répartis dans 124 installations régulières et 13 installations COVID. Offrant des services généraux et des soins courants spécifiques (1<sup>re</sup> ligne), il se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, l'établissement a des responsabilités régionales en réadaptation, pour une clientèle ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une dépendance.

# Soins et services offerts dans nos installations

## Dans nos hôpitaux :

- des services diagnostiques, de soutien (soins infirmiers, services sociaux, réadaptation, etc.) ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés (curatifs et préventifs).

## Dans nos centres locaux de services communautaires (CLSC)\* :

- des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion;
- des activités de santé publique;

## Dans nos centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) :

- des soins de longue durée de façon temporaire ou permanente en milieu de vie substitut au milieu naturel des personnes;
- des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance;
- des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel;
- des services offerts en centres de jour pour la clientèle à domicile.

## Dans nos centres de réadaptation (CR) :

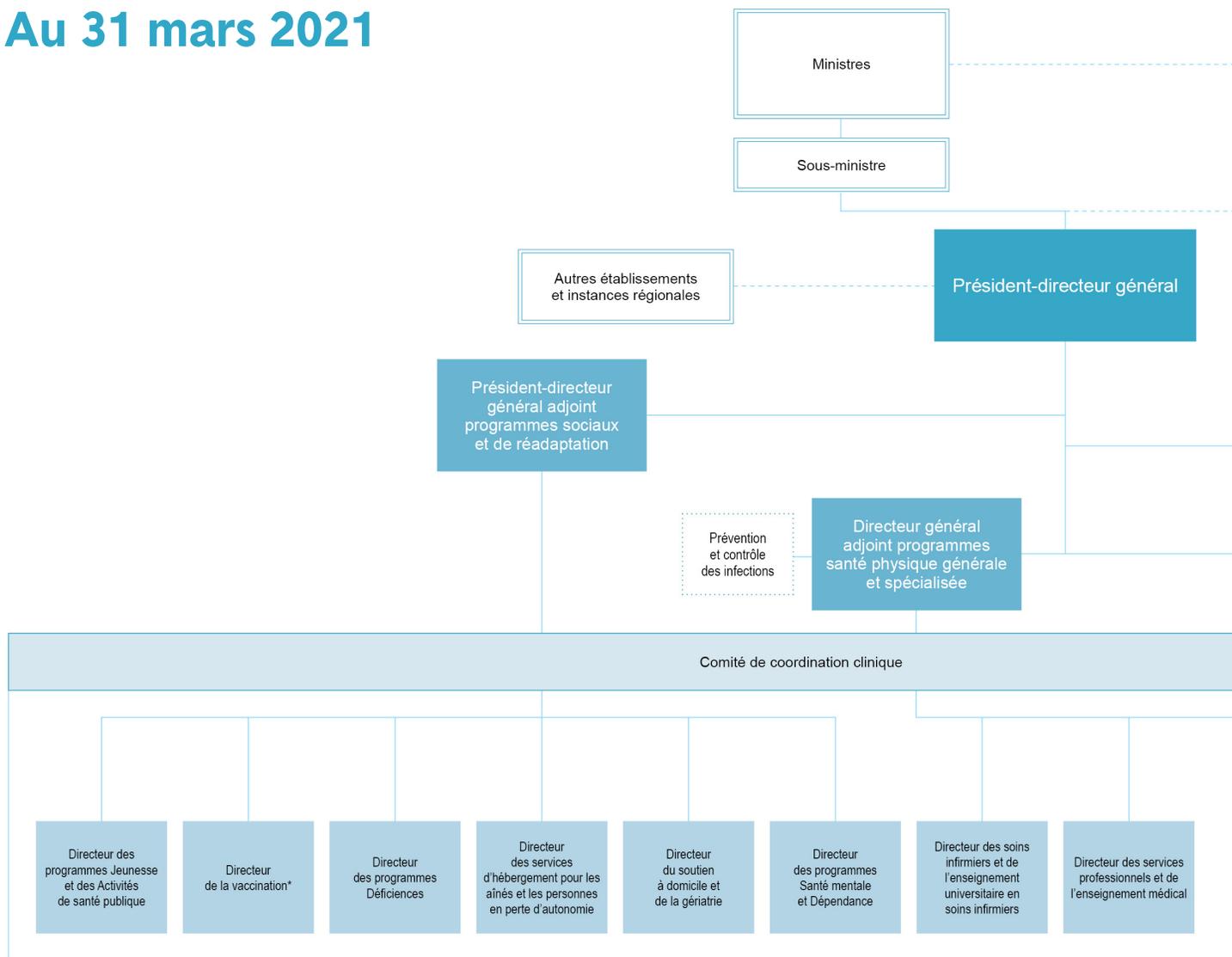
- des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, une dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou à toute autre dépendance;
- des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

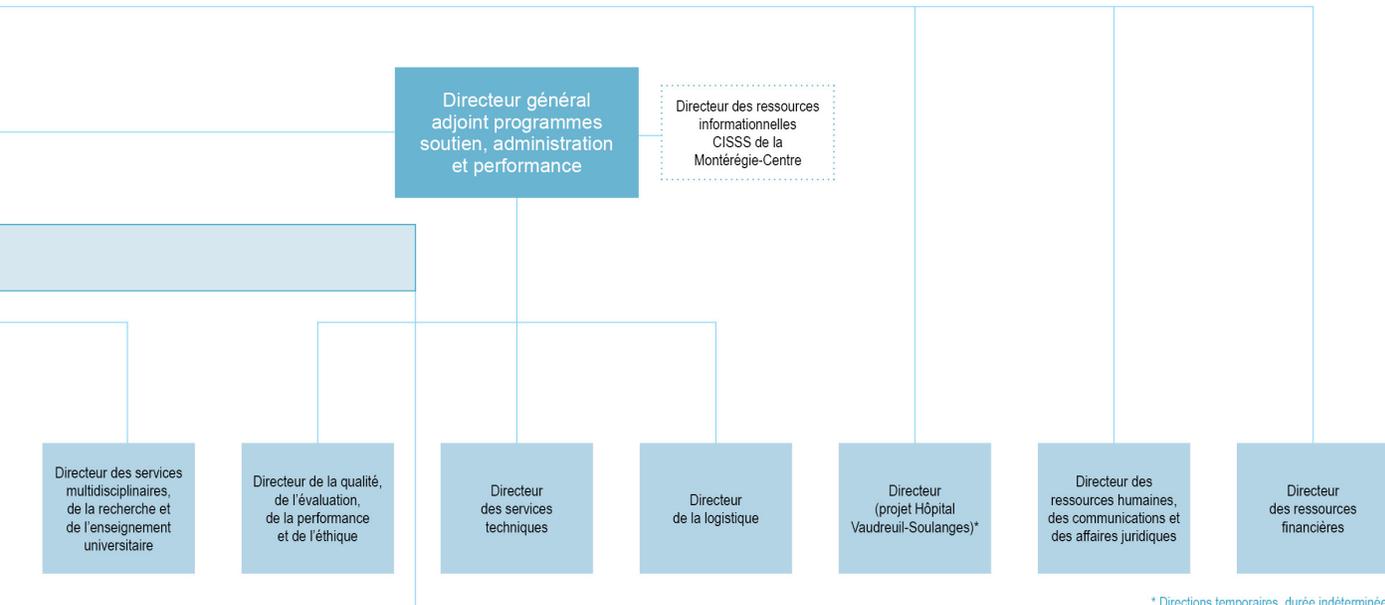
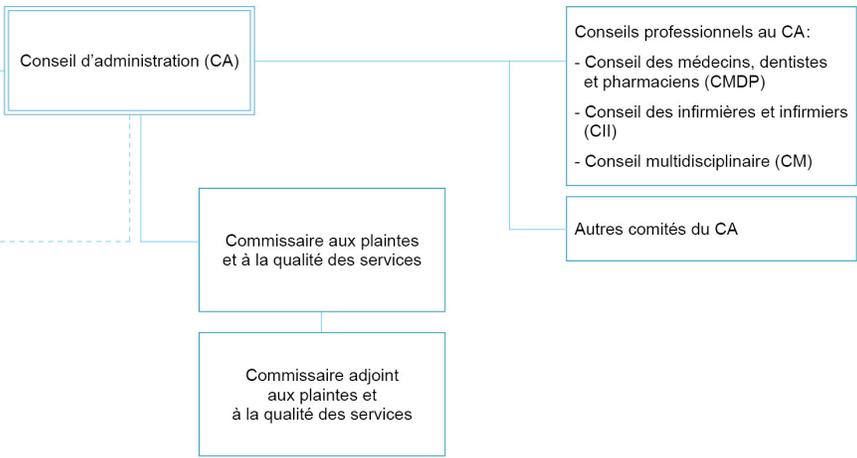
**Pour plus d'information sur l'ensemble des soins et services que nous offrons à la population, rendez-vous sur notre site Internet à : [santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest).**

\* Les services du CLSC sont dispensés également à domicile et à l'école.

# Structure de l'organisation

Au 31 mars 2021





\* Directions temporaires, durée indéterminée

# Comité de direction

## Direction générale

### Yves Masse

Président-directeur général (PDG)

### Patrick Murphy-Lavallée

Président-directeur général adjoint (PDGA)

### Philippe Besombes

Directeur général adjoint des programmes de santé physique générale et spécialisée

### Michelle Harvey

Directrice générale adjointe aux programmes de soutien, administration et performance (jusqu'en décembre 2020)

### Jeanne-Evelyne Turgeon

Directrice générale adjointe aux programmes de soutien, administration et performance (depuis mars 2021)

### Marie-Ève Bernard

Adjointe au président-directeur général

## Directions

### Dominique Pilon

Directeur des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (jusqu'en février 2021)

Directeur de la vaccination – poste temporaire (depuis février 2021)

### Patrick Murphy-Lavallée, PDGA

Directeur par intérim des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (depuis février 2021)

### Jean-Marc Ricard

Directeur des programmes Déficiences

### Lydia Ingenito

Directrice du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (jusqu'en décembre 2020)

### Normand Gaudet

Directeur par intérim des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie (depuis décembre 2020)

### Isabelle Lefebvre

Directrice par intérim du soutien à domicile et de la gériatrie (depuis mars 2021)

### Donald Massicotte

Directeur des programmes Santé mentale et Dépendance

### Chantal Careau

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

### Dre Élise Gilbert

Directrice des services professionnels

### Stéphane Dubuc

Directeur des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire (jusqu'en mars 2021)

Directeur par intérim du soutien à domicile et de la gériatrie (décembre 2020 à mars 2021)

### Mélanie Dubé

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

### Bruno Roy

Directeur des services techniques – poste intérimaire

### Vincent Tam

Directeur de la logistique

### Vincent Veilleux

Directeur Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges – poste temporaire

### Jean-Philippe Ferland

Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

### Martin Larose

Directeur des ressources financières

# Conseil d'administration

## Liste des membres au 31 mars 2021

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

### Membres nommés

#### Jean-Claude Lecompte

Milieu de l'enseignement

#### Yves Masse

Secrétaire – président-directeur général  
du CISSS de la Montérégie-Ouest

### Membres désignés

#### Dre Dorice Boudreault

Département régional de médecine  
générale (DRMG)

#### Sandra Chapados

Comité régional sur les services  
pharmaceutiques (CRSP)

#### Dr Antoine Daher

Conseil des médecins, dentistes  
et pharmaciens (CMDP)

#### Annabelle Lefebvre

Conseil multidisciplinaire (CM)

#### Richard Ménard

Comité des usagers du centre intégré  
(CUCI)

#### Patricia Quirion

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

### Membres indépendants

#### Claude Jolin

Président – Compétence en gouvernance  
et éthique

#### Jean-Pierre Rodrigue

Vice-président – Expertise en santé  
mentale

#### Hugo Desrosiers

Expérience vécue à titre d'usager  
des services sociaux

#### Richard Gascon

Compétence en gestion des risques,  
finance et comptabilité

#### Pierre Gingras

Compétence en ressources immobilières,  
informatiques et humaines

#### Linda Julien

Expertise dans les organismes  
communautaires

#### Heather L'Heureux

Compétence en vérification, performance  
et gestion de la qualité, et représentante  
de la communauté anglophone

#### Éric Tessier

Expertise en protection de la jeunesse

#### Line Ampleman

Expertise en réadaptation  
(jusqu'en mars 2021)

### Membre observateur

#### Madeleine Himbeault Greig

Désignée par les présidents  
des fondations de l'établissement

## 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 2020-2021. De plus, aucune décision de sanction 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 [santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest) dans la section du conseil d'administration.

# Comités, conseils

## et instances consultatives

### Comités du conseil d'administration

Comité ad hoc – Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

Comité d'évaluation du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Comité de gestion des risques

Comité de gouvernance et d'éthique

Comité de révision

Comité de vérification

Comité de vigilance et de la qualité

Comité des ressources humaines

Comité immobilisation et environnement

Comité soins et services à la clientèle

### Conseils professionnels

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Conseil multidisciplinaire (CM)

### Instances consultatives

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Comité d'éthique clinique (CÉC)

# Faits saillants de l'établissement

Durant la dernière année, la COVID-19 aura pris beaucoup de place dans le quotidien de notre organisation, comme partout ailleurs sur la planète et plus près de nous, dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nous avons malgré tout été en mesure d'accomplir plusieurs belles réalisations et nous en sommes fiers.

## Poursuite des travaux pour améliorer la fluidité hospitalière

Des solutions en provenance  
de toutes nos directions!

### Soutien à domicile (SAD)

Encore une fois cette année, et ce, malgré le contexte pandémique et les difficultés de main-d'œuvre, le SAD a su se démarquer par l'intensification importante de ses services. Le rehaussement des services (soins d'assistance, répit, gardiennage) s'est actualisé principalement pour une clientèle complexe et vulnérable dont le maintien à domicile est précaire. Cette intensité qui se traduit parfois par des services 24 h/24, 7 j/7 permet d'éviter certains transferts précoces en ressource intermédiaire (RI) et en centre

d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Elle a aussi permis aux usagers en attente d'une place longue durée de rester dans leur milieu jusqu'à l'obtention de celle-ci, évitant ainsi un transfert en milieu hospitalier. Au total, plus de 15 964 usagers ont bénéficié de services SAD pour 1 805 180 heures de prestation de service, soit une augmentation de 23,7% comparative-ment à l'année dernière.

### Congé précoce assisté

Ce projet pilote permet un congé rapide de l'hôpital et un début des interventions à domicile en moins de 24 à 48 heures. Ces interventions, réalisées de 3 à 5 fois par semaine, s'inscrivent dans les meilleures pratiques du continuum d'accident vasculaire cérébral (AVC). De mai 2020 à mars 2021, ce sont 38 usagers qui ont été desservis avec cette modalité.

## Niveau de soins alternatifs (NSA)

À l'automne 2020, une nouvelle solution informationnelle en soutien à la gestion de la trajectoire NSA a été développée. Cet outil permet aujourd'hui, à tous les acteurs, d'assurer le suivi des usagers en statut de NSA ou à risque de le devenir en temps réel et d'avoir une communication et une vision commune. Celle-ci soutient l'animation des rencontres quotidiennes de la fluidité de NSA et permet d'obtenir des indicateurs et des statistiques en temps réel. En avril 2020, les taux de NSA variaient entre 11 % et 17 % pour atteindre des taux entre 6 % et 7 % en mars 2021.

## Ajout de lits en unité de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique (URFI-DP)

Un autre effet de la pandémie, l'ajout de 12 lits URFI-DP à l'Hôpital Barrie Memorial, est venu augmenter l'accès pour les services spécialisés dans l'ouest de notre territoire et compenser une diminution des lits dans l'est de la région. Cela a permis d'offrir des services de proximité pour les usagers et leurs proches, soit 84 usagers en 2020-2021, en plus de faciliter la sortie de la clientèle ne nécessitant plus le plateau technique de nos hôpitaux vers des milieux mieux adaptés à leur condition.

# Des projets en hébergement

## Plusieurs travaux bien amorcés pour nos diverses clientèles

### Hébergement

Plusieurs projets pilotes en hébergement ont vu le jour cette année. Une unité de réadaptation pour la clientèle ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) a été créée en centre jeunesse, soit l'unité le Havre. Il s'agit d'une première au Québec. Nous avons collaboré étroitement au projet de la Maison Véro et Louis qui a pour objectif d'accueillir des adultes ayant un trouble du spectre de l'autisme de 21 ans et plus ayant besoin de soutien au quotidien. Le projet de répit à la maison Lavoie a également vu le jour cette année; la maison a ouvert ses portes en juin 2020. De plus, les équipes ont travaillé à la mise sur pied d'une unité régionale au Centre d'hébergement Cécile-Godin pour la clientèle de jeunes adultes présentant des déficiences multiples, notamment une déficience intellectuelle et une déficience physique engendrant des limitations fonctionnelles importantes, dont l'ouverture est prévue en 2022.

### Deux maisons des aînés et alternatives sur notre territoire

Nous avons eu la confirmation à l'été 2020 que deux maisons des aînés et alternatives seraient construites sur le territoire de la Montérégie-Ouest. Une offrira 120 places à Châteauguay (8 maisonnées pour aînés et 2 maisonnées alternatives) et l'autre, 96 places à Salaberry-de-Valleyfield (6 maisonnées pour aînés et 2 maisonnées alternatives). Les premiers résidents sont attendus à l'automne 2022. Les maisons des aînés accueilleront des personnes aînées en très grande perte d'autonomie et qui, dans une proportion d'environ 80 %, présentent des troubles neurocognitifs majeurs. Pour leur part, les maisons alternatives accueilleront des adultes vivant une situation de handicap en raison d'une déficience physique, d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme.

Ce nouveau type d'hébergement rappellera davantage un domicile et favorisera les contacts humains ainsi qu'un mode de vie plus actif, entre autres, grâce à un accès à des espaces extérieurs aménagés et à des installations intérieures mieux adaptées aux besoins des résidents et de leurs proches. La communauté aura une place importante dans les milieux de vie et un souci constant du respect de l'environnement sera prôné. De plus, l'environnement des maisons des aînés et alternatives facilitera l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections en cas d'écllosion. Ces deux maisons sont d'excellentes nouvelles pour la population de l'ouest de la Montérégie!

## Hôpital de Vaudreuil-Soulanges

### Des plans concrets impliquant de nombreux acteurs clés

Le CISSS de la Montérégie-Ouest a poursuivi la planification de son projet majeur d'infrastructure publique conjointement avec ses partenaires, soit la Société québécoise des infrastructures (SQI) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Cette année, le dévoilement du concept architectural a permis de concrétiser davantage le projet auprès des partenaires et de la population. Ce premier scénario de conception montre les assises d'un centre hospitalier empreint d'innovation, socialement responsable, pensé selon les plus hauts standards de qualité et qui offrira les meilleurs environnements possible pour les usagers et le personnel. Les plans préliminaires des trois pavillons ont été élaborés conformément au plan clinique et au programme fonctionnel, et ce, avec la participation d'experts terrain et d'usagers-ressources. De plus, les travaux entourant la transition, dans laquelle s'inscrit notamment la planification de la main-d'œuvre, de la formation et de l'activation de l'hôpital, ont progressé.

Le futur Hôpital de Vaudreuil-Soulanges représente un investissement global de 1,7 G\$ et un ajout net de 404 lits pour l'établissement. La construction de cet hôpital commencera en 2022. La préparation du terrain débutera à l'été 2021, pour se terminer en 2026. Rappelons qu'en novembre 2019, nous avons procédé à l'acquisition du terrain aux abords des autoroutes 30 et 40, une étape déterminante menant à la construction du nouvel hôpital.

**Le futur Hôpital de Vaudreuil-Soulanges représente un investissement global de 1,7 G\$ et un ajout net de 404 lits pour l'établissement. La construction de cet hôpital commencera en 2022. La préparation du terrain débutera à l'été 2021, pour se terminer en 2026.**

## Actions en ressources humaines

### Plus vaste campagne de recrutement jamais effectuée par le CISS

C'est sous le thème « La complicité dans l'adversité » qu'a été réfléchi la campagne d'attraction et de recrutement mettant de l'avant nos employés. Il était impossible de penser réaliser une telle campagne sans montrer la force de l'organisation : les équipes ! Se voulant authentique et démontrant des scènes réellement vécues dans nos installations, une vidéo a été tournée en novembre 2020 où plusieurs sourires complices ont pu être croqués sur le vif. Il en résulte des scènes touchantes et humaines permettant du même coup une belle visibilité de l'organisation.

Mettre de l'avant ceux et celles qui, jour après jour, durant cette année difficile, ont fourni des efforts marqués pour soutenir la population était essentiel. Non seulement l'organisation souhaitait reconnaître la richesse de son personnel et la force des équipes qui la compose, mais elle désirait ainsi montrer aux futurs candidats que, malgré l'adversité de la situation, les équipes demeurent soudées.

Les cibles de cette campagne étaient principalement les infirmières, les étudiants en soins et les professionnels en santé et services sociaux. Ce fut un franc succès qui a donné lieu à 328 embauches en 5 semaines. Il est possible de voir les campagnes de recrutement et les besoins de main-d'œuvre de l'organisation au [travaillons-ensemble.com](https://travaillons-ensemble.com). Malgré cette belle réalisation, force est d'admettre que les besoins de main-d'œuvre demeurent importants dans plusieurs secteurs de l'organisation. La poursuite d'efforts pour attirer, retenir et mobiliser les ressources demeure plus que nécessaire pour offrir des services à la population que le CISS dessert.

Par ailleurs, nous avons attiré l'attention des jeunes du secondaire et suscité leur intérêt envers les métiers et professions du réseau de la santé et des services sociaux, grâce à une campagne régionale pour le projet du futur Hôpital Vaudreuil-Soulanges. La page jeunesse sur [projet-hopitalvaudreuil-soulanges.com](https://projet-hopitalvaudreuil-soulanges.com) a été vue plus de 6 000 fois. Un jeu-questionnaire « révélation » répondu par près de 700 internautes proposait des emplois en lien avec leur profil spécifique. Nous ciblons les jeunes d'aujourd'hui et leurs parents pour attirer nos employés de demain. Rappelons que près de 4 000 emplois seront à combler au sein de l'organisation en vue de l'ouverture des maisons des aînés et alternatives en 2022 et de l'Hôpital Vaudreuil-Soulanges en 2026.



**On est encore plus fort ensemble**

[travaillons-ensemble.com](https://travaillons-ensemble.com)

# Mobilisation incontestée des équipes

Plusieurs réalisations  
tout au long de la pandémie

## De nouveaux aménagements pour faire face à la situation

En avril 2020, face à la criticité de la pandémie de la COVID-19 sur notre territoire, le CISSS de la Montérégie-Ouest a aménagé une unité chaude dans un site non traditionnel (SNT) à l'Hôtel Plaza, situé à Salaberry-de-Valleyfield, dans le but d'accueillir des usagers positifs à la COVID-19 ne pouvant pas demeurer dans leur milieu de vie et ne requérant pas de soins aigus. Par conséquent, 130 usagers ont pu bénéficier d'un hébergement au SNT, durant les trois mois d'ouverture, selon leurs divers besoins en soins et services interdisciplinaires (suivi médical, infirmier, réadaptation, nutrition, service social, éducation spécialisée, etc.). Cette expérience a permis de mettre en lumière l'importance du travail d'équipe, l'application d'un modèle de gestion participatif en situation d'urgence et de favoriser l'engagement et l'implication de tous.

Finalement, ce sont 13 installations temporaires (SNT, site d'hébergement temporaire (SHT), cliniques désignées de dépistage (CDD), cliniques désignées d'évaluation (CDÉ), clinique de vaccination et entrepôt) qui ont été mises en service, et ce, en plus de l'aménagement de manière temporaire des zones chaudes, tièdes, froides et tampons dans nos installations (ex. : hôpitaux, CHSLD et résidences à assistance continue (RAC)). Mission réussie quant au délai d'exécution rapide en prenant soin d'accueillir en toute sécurité nos employés et nos usagers atteints ou non de la COVID-19. Un tour de force de toutes les équipes et un coup de chapeau spécial aux gens des services techniques qui ont travaillé sans relâche pour mener à terme les travaux.

## Des équipes en soutien à la pandémie

Le 15 juin 2020 a commencé la formation intensive de préposés aux bénéficiaires (PAB) afin de venir soutenir les équipes en place, grandement sollicitées par la pandémie. La formation de trois mois leur a permis d'obtenir une attestation d'études professionnelles (AEP) de Soutien aux soins d'assistance en établissement de santé. Alliant l'apprentissage en classe et en milieu de travail, l'objectif était de permettre aux 320 futurs PAB d'acquérir une expérience sur le terrain. Une 2<sup>e</sup> et une 3<sup>e</sup> cohorte ont été lancées durant l'année. À terme, c'est plus de 330 PAB qui sont venus prêter main-forte dans nos centres d'hébergement de soins de longue durée.

Des équipes locales pour suivre les mesures populationnelles en santé publique sur la COVID-19 ont dû être déployées. Celles-ci ont effectué les interventions directes auprès des milieux au regard de la gestion des cas de COVID-19 (cas, éclosions, demandes d'expertise). Elles ont assuré un lien étroit et continu entre la Direction de la santé publique de la Montérégie et le responsable du milieu tout au long de l'intervention. De plus, elles ont soutenu et conseillé le milieu en fonction des besoins et collaboré avec les divers partenaires locaux (ex. : écoles, municipalités, organismes communautaires). Ces équipes étaient soutenues par l'équipe régionale qui est responsable de l'arrimage des services en mesures populationnelles pour l'ensemble de la Montérégie et de l'imputabilité des orientations cliniques de la gestion des cas et contacts ainsi que des éclosions.

Parallèlement et pour soutenir l'ensemble des besoins en lien avec la COVID-19, une nouvelle équipe dans le Service de santé, sécurité et mieux-être au travail (SSMÊT) a dû être mise sur pied pour le suivi des employés diagnostiqués COVID (application des règles de retrait, isolement des travailleurs, ligne d'information COVID, suivi des dépistages, etc.). Selon l'ampleur des vagues, entre 10 et 20 personnes à temps complet ont œuvré dans l'équipe. L'équipe du SSMÊT a également effectué pas moins de 5 300 formations et essais d'ajustement (*fit test*) en moins d'un an pour les employés devant porter un masque de type N95, ce qui est un investissement sans précédent de ce service.

Le déploiement du plan d'action en prévention et contrôle des infections (PCI) à l'été 2020 a permis de former 70 formateurs responsables, 47 formateurs cliniques et 743 champions PCI. Les formations étaient axées principalement sur l'évaluation des milieux, le coaching, les actes à poser en amont en ce qui concerne le zonage dans un milieu en éclosion et la révision des mesures PCI. L'objectif était d'assurer la compréhension et l'application de ces mesures par nos différents intervenants dans tous les milieux qui le nécessitaient.

### **Une mobilisation hors du commun dans nos CHSLD**

Une mobilisation sans précédent de tous les intervenants œuvrant dans les centres d'hébergement a fait une réelle différence pour nos résidents. Afin de protéger ces derniers, des aires de confinement (ex. : zones chaudes, tièdes et froides) ont été instaurées dans tous nos CHSLD. C'est grâce au travail sans relâche du personnel, des gestionnaires et des médecins qu'il a été possible de contrer les vagues de la COVID-19. L'immense travail de collaboration avec la Direction de la logistique pour procéder à l'achat de l'équipement nécessaire pour les zones de confinement ainsi qu'avec la Direction des services techniques pour la mise en place des zones de confinement dans chaque CHSLD a aussi fait la différence. Toutes les équipes ont fait un travail colossal pour préserver la sécurité des résidents.

Malgré la pandémie, les 11 CHSLD ont réussi à maintenir la prestation de l'offre de service, et ce, grâce au dévouement du personnel en place. Les équipes ont dû user de créativité pour permettre aux résidents de garder le contact avec leurs proches. Divers moyens de communication ont été utilisés dont l'utilisation de cellulaires, de tablettes et des visites près des fenêtres. Dès la fin du printemps et tout au long de l'été 2020, les familles ont pu s'inscrire à une plage horaire pour venir visiter leur proche tout en respectant la distanciation sociale et les mesures sanitaires en vigueur. Durant l'année, les résidents de l'ensemble des CHSLD de l'établissement ont pu bénéficier d'activités dirigées ou de journées thématiques : journées Spa-Beauté (coiffure, manucure, massage, musique détente, etc.), déjeuners spéciaux une fois par mois, studio de photos, etc.

Dès l'automne 2020, une zone chaude communautaire a été instaurée dans les locaux du centre de jour et les locaux des professionnels au CHSLD de Châteauguay. Celle-ci a permis d'accueillir des usagers de la communauté et des résidents de CHSLD nécessitant un milieu de soins adaptés à leur condition de santé. Une équipe de gestionnaires et d'employés délestés ainsi qu'une équipe médicale ont pu offrir les soins à cette clientèle. De plus, une équipe de réadaptation et un travailleur social étaient impliqués auprès de l'équipe de soins afin de permettre une réintégration ou une relocalisation de ces usagers vers le bon milieu.

En janvier 2021, une zone chaude communautaire a aussi été mise en place au CHSLD Laurent-Bergevin. De plus, une zone tampon pour les usagers ne pouvant pas respecter les mesures préventives, contenant un total de 12 places, a été ouverte au CHSLD Docteur-Aimé-Leduc. Depuis son ouverture, elle a presque toujours été occupée au maximum de sa capacité.

### **Du soutien pour nos clientèles vulnérables**

Enfin, tout au long de la pandémie, les directions cliniques ont effectué des milliers d'appels téléphoniques de vigie des besoins et de l'état de santé de la clientèle vulnérable étant à domicile (personnes âgées, clientèle DI-TSA-DP).

### **Femmes victimes de violence conjugale**

La situation des maisons d'hébergement en violence conjugale a été identifiée rapidement, et ce, dès les premiers jours suivant la déclaration d'urgence sanitaire par différentes instances et des collaborateurs du CISSS de la Montérégie-Ouest. Sur notre territoire, quatre maisons d'hébergement œuvrent en violence conjugale. On rapportait une forte hausse de la détresse psychologique et physique chez la population en besoins de protection physique et psychologique. L'isolement lié aux conditions de confinement de la COVID-19 a fait augmenter le nombre de personnes ayant besoin de services d'hébergement. Nous observons aussi une grande préoccupation de nos partenaires à maintenir leurs services tout en sécurisant leurs milieux d'hébergement.

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD), en concertation avec les organisateurs communautaires et les maisons d'hébergement, a rapidement mis sur pied un site non traditionnel offrant une phase transitoire à la trajectoire régulière de service. Cet hébergement temporaire a permis aux femmes victimes de violence et à leurs enfants de sortir d'un milieu toxique vers un hébergement sécuritaire, confidentiel et adapté, pour une durée de 14 jours. Cette action proactive a permis aux ressources d'hébergement en violence conjugale de continuer à admettre des femmes sans interruption.

### **Population itinérante**

Le contexte de la pandémie a aussi mis en lumière le besoin vital de répondre impérativement aux besoins des clientèles vulnérables en situation d'itinérance. L'objectif ciblé était d'offrir des soins et des services de base en période de pandémie en plus de prévenir et d'intervenir en contexte de hausse des surdoses d'opioïdes et de chaleur accablante. Sous le leadership de la DPSMD, de nombreux partenaires se sont mobilisés autour du projet du Refuge. Ensemble, ils ont mis en place une modalité d'urgence de haut seuil de tolérance pour la population itinérante pour la période de juillet et août 2020.

Ce service 24 h/24, 7 j/7 de 20 lits, installé à l'Aréna de Salaberry-de-Valleyfield, incluait un accès à un vestiaire, à une douche et à de la nourriture. Il a permis d'effectuer 61 interventions auprès de 32 personnes différentes. Nous observons des retombées positives à cette initiative, car plusieurs personnes désaffiliées sont actuellement en démarches concrètes pour améliorer leur situation. Un refuge permanent, sous la responsabilité de la Maison d'hébergement et de dépannage de Valleyfield, a vu le jour en février 2021.

**La situation des maisons d'hébergement en violence conjugale a été identifiée rapidement, et ce, dès les premiers jours suivant la déclaration d'urgence sanitaire par différentes instances et des collaborateurs du CISSS de la Montérégie-Ouest.**

# Clinique de vaccination cellulaire

## Un modèle novateur, unique et efficient

Nous avons déployé sept cliniques de vaccination en modèle cellulaire, et ce, en un temps record! Le modèle traditionnel des cliniques de vaccination, comme celui déployé lors de la campagne annuelle de vaccination contre la grippe, a été révisé.

De cette réflexion, en collaboration avec l'équipe d'amélioration continue, est né un modèle compact innovateur qui procure une grande flexibilité. Concrètement, les cliniques sont composées d'îlots qui consistent en une cellule de travail de 8 chaises où le processus a été pensé dans la perspective de l'utilisateur. Tout en restant assis, l'utilisateur se fait évaluer, vacciner et, ensuite, les renseignements sont saisis à l'ordinateur pendant les 15 minutes d'attente suivant la vaccination. Le travail est organisé et réparti de manière uniforme entre les membres de l'équipe pour assurer la fluidité. Avec le fonctionnement par îlots, l'utilisateur n'a pas à se déplacer et à attendre en file à chacune des étapes.

De plus, cela permet, en fonction de la demande, d'ouvrir ou de fermer des îlots simplement. Ainsi, en cas de baisse d'achalandage, le personnel peut être réaffecté à d'autres tâches.

# Le dépistage populationnel et l'évaluation des symptômes

## Une année active!

Les activités de dépistage ont débuté le 17 mars 2020 et n'ont jamais arrêté depuis. Afin de combler les besoins populationnels, des cliniques ont ouvert leurs portes à Vaudreuil-Dorion, Salaberry-de-Valleyfield, Ormstown et Châteauguay. De plus, une clinique communautaire mobile s'est déplacée dans 32 municipalités du territoire ouest de la Montérégie. Cette clinique était active cinq jours par semaine. Des cliniques de dépistage de la COVID à l'auto ont aussi temporairement été ouvertes à Salaberry-de-Valleyfield, Vaudreuil-Dorion et Châteauguay. Du 1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2021, ce sont plus de 125 000 dépistages qui ont été effectués par les différentes équipes. Chapeau!

Parallèlement, afin d'avoir une réponse plus complète aux besoins des usagers, cinq cliniques désignées d'évaluation ont ouvert leurs portes. Leur mandat est de procéder à l'évaluation médicale pour toute personne qui nécessite une consultation avec un médecin de première ligne et qui présente des symptômes d'allure grippale, de gastroentérite ou ceux s'apparentant à la COVID-19.

# Résultats au regard du plan stratégique du Mss

# Résultats d'indicateurs

## du plan stratégique du MSSS

Cette année, aucune entente de gestion et d'imputabilité n'a été conclue entre les établissements et le ministre. Afin de rendre compte des résultats atteints concernant les objectifs du plan stratégique du MSSS, l'établissement présente ses résultats pour les indicateurs en lien avec les cibles provinciales.

### Orientation : Améliorer l'accès aux professionnels et aux services

Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS*
Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	79,9%	79,9%	83%
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	264 186	272 065	5 522 287

**Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille :** Le pourcentage est resté stable avec un résultat de l'ordre de près de 80%. La non-progression du résultat est attribuable à la pandémie COVID-19 dans la mesure où les médecins ont davantage travaillé en clinique désignée d'évaluation COVID-19 et dans nos sites non traditionnels et ils ont réalisé des gardes médicales dans les ressources de personnes âgées. Cela a eu pour effet de rendre les médecins moins disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients.

**Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF :** Malgré ce qui est nommé précédemment, le nombre de personnes inscrites s'est accru de 3% durant la dernière année. Néanmoins, le nombre de personnes en attente d'un médecin de famille a augmenté de 19% pour s'établir à près de 25 000 personnes. Il faut intensifier les efforts pour réduire la liste d'attente.

\* Il s'agit de cibles provinciales et non de cibles pour notre établissement.



### Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS*
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire (minutes)	217	157	132
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière (heures)	25,47	25,29	15

**Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire :** La baisse du délai de prise en charge est attribuable à une baisse d'achalandage de la clientèle ambulatoire de 28 %, notamment en lien avec la première vague de la pandémie.

**Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence :** Malgré la baisse d'achalandage à certaines périodes pendant la dernière année due à la situation de pandémie de COVID-19, les effets des mesures sanitaires, notamment les aménagements de zones dédiées aux usagers COVID-19, ainsi que leurs impacts sur le nombre de lits et civières disponibles et les tests de dépistage ont eu des répercussions sur les trajectoires hospitalières de l'entrée à la sortie des usagers. La mise en place d'une structure de coordination de la fluidité et d'un outil de gestion nous a permis de diminuer de façon importante nos usagers en niveau de soins alternatifs.

### Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS*
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	1 646	1 088	19 201

**Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale :** Le nombre de personnes en attente d'un service de santé mentale a diminué de 34 % entre 2019-2020 et 2020-2021 malgré l'augmentation de la détresse psychologique due à la pandémie. Le nombre de demandes a d'abord été en deçà des données habituelles en début d'année financière, mais le rythme a augmenté pour atteindre un nombre de demandes annuelles presque équivalent à l'an dernier (-6 %). Malgré la hausse des derniers mois, les modalités d'intervention ont été adaptées afin de garantir un accès à ces services dans les meilleurs délais (téléconsultation, interventions de groupe, etc.).

### Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS*
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	10 717	9 743	60 671

**Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance :** Comme dans plusieurs secteurs, il y a eu une baisse significative des demandes en début de pandémie. Par contre, dans les secteurs du programme Dépendance, cette baisse de la demande s'est poursuivie en cours d'année, notamment parce que les références provenant des écoles et des hôpitaux étaient moins nombreuses conséquemment à leur propre diminution de fréquentation. Dans le contexte de pandémie COVID-19, l'adaptation de l'offre de service pour dispenser des soins et services sécuritaires a eu pour effet de diminuer les volumes d'activités. À titre d'exemple, notons que les services résidentiels ont été regroupés, se traduisant par une diminution importante de lits d'hébergement. Finalement, certains éléments en lien avec le volet des ressources humaines de ces secteurs ont aussi contribué à la réduction des activités (départs, absences maladie, déléstage, mutations retardées, postes restés vacants, etc.). Malgré ce qui précède, le développement des services de proximité a permis de réduire l'impact de la pandémie sur l'accès aux services en dépendance.

### Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS*
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	1 693	3 920	40 000
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	96,8%	98%	85%

**Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois :** Le nombre de chirurgies en attente a augmenté significativement en raison du déléstage des chirurgies en lien avec la pandémie de COVID-19. Durant une grande partie de l'année 2020-2021, le CISSS de la Montérégie-Ouest a opéré à 50 % de sa capacité. Pour pallier cet enjeu, le CISSS de la Montérégie-Ouest a convenu des ententes de services avec des cliniques privées afin d'y réaliser les chirurgies d'un jour.

**Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours :** Considérant le déléstage des chirurgies nommé précédemment, nous avons priorisé entre autres les chirurgies oncologiques afin de respecter le délai.

\* Il s'agit de cibles provinciales et non de cibles pour notre établissement.

### Objectif : Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS*
Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	2 848	2 795	16 000
<p><b>Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme :</b> Afin d'ajuster l'offre de service aux besoins des usagers qui évoluent, nous avons dû transformer des places en ressource de type familial pour des places en ressources intermédiaires. De plus, des ressources ont fermé. Des appels d'offres ont été lancés afin de remplacer ces places fermées.</p>			

### Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS*
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	15 390	15 964	364 602
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 459 452	1 805 180 <sup>1</sup>	21 300 000
<p><b>Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile :</b> Malgré le délestage lié à la COVID-19, l'offre de service a augmenté.</p> <p><b>Nombre total d'heures de services de soutien à domicile :</b> La poursuite de l'intensification importante des services en soutien à domicile a permis, dans le contexte de pandémie COVID-19, une augmentation de 24 % par rapport aux heures réalisées en 2019-2020, ce qui nous amène à une augmentation de 340 % depuis 2015-2016. Cette intensification a également permis aux usagers en attente d'une place de soins de longue durée de rester dans leur milieu de vie jusqu'à l'obtention d'une place et éviter un transfert en milieu hospitalier.</p>			
<p><sup>1</sup> Incluant les heures associées à la pandémie COVID-19.</p>			

### Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS*
Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	72,2%	71,6%	86%
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	81,5%	87,9%	73%
<p><b>Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais :</b> Ce résultat a été obtenu dans un contexte où le recours au délestage de certains services lors de la première vague de la pandémie, dont l'équipe 0-6 ans, a été requis. Cette diminution de l'offre de service a coïncidé à ce moment avec le fait que plusieurs familles refusaient de recevoir des services. Des mesures additionnelles ont été déployées lors de la deuxième vague de la pandémie afin de favoriser une prise en charge des nouvelles demandes dans les délais. Au global, nous notons une diminution de 12 % de nouvelles demandes de service en DI-TSA comparativement à l'an dernier. Entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021, plus de 15 000 appels téléphoniques de suivi ont été effectués par les intervenants assignés, dans tous les dossiers en suivis de nos clientèles (DI-TSA), de façon continue, afin d'assurer le soutien et d'adapter les services en fonction des besoins.</p> <p><b>Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins :</b> La moyenne de délai pour obtenir un premier service est de 14,2 jours. Cependant, nous constatons que certains usagers, dont la situation est considérée moins prioritaire, peuvent attendre plus longtemps. Des efforts seront déployés dans la prochaine année pour assurer la fluidité de l'ensemble du processus afin d'améliorer cette situation, dans le but d'accroître l'accessibilité des services aux jeunes et aux familles des territoires que nous desservons.</p>			

\* Il s'agit de cibles provinciales et non de cibles pour notre établissement.

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

# Sécurité et qualité

## des soins et des services

### Agrément

#### Agréé: dernier renouvellement en 2019

Le CISSS de la Montérégie-Ouest a reçu la confirmation de son statut d'établissement agréé à l'automne 2019, lors de la dernière visite d'Agrément Canada des programmes Jeunesse, Santé mentale et Dépendances. Depuis le début du présent cycle d'agrément de 2018-2023, l'établissement a été également évalué sur les normes de gouvernance et de leadership ainsi que sur les normes transversales comme la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Cet organisme indépendant et à but non lucratif établit les normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et de services sociaux.

#### Reddition de compte des plans d'amélioration d'agrément

À l'automne 2020, Agrément Canada nous faisait parvenir une demande de reddition de compte des plans d'amélioration à la suite des visites d'agrément de 2017-2019. Ainsi, des preuves ont été soumises sur les travaux visant à établir un plan de sécurité des usagers, un plan de prévention du suicide, un plan des mesures d'urgence, un plan et des procédures sur l'imagerie médicale, un plan d'action sur l'évaluation psychosociale en santé mentale en communauté et chez les jeunes en difficulté, les aspects médico-légaux aux urgences, un bilan comparatif des médicaments, l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé, afin de se conformer aux exigences de l'organisme d'accréditation.

Cet exercice de soumission de preuves a été possible grâce à la collaboration des équipes interdisciplinaires, au soutien des équipes de gestion de la qualité et des risques, et à la démarche d'amélioration continue bien ancrée, et ce, au sein de tous les paliers organisationnels. De plus, à la demande d'Agrément Canada, du 9 au 29 mars 2020, trois sondages agrément ont été administrés afin de prendre le pouls des employés et des médecins sur (1) la Mobilisation du personnel, (2) la Culture de sécurité, et (3) la Qualité de vie au travail des médecins au sein de l'établissement. L'analyse des données nous a permis d'obtenir des renseignements sur la perception de la qualité de vie au travail, de la culture de sécurité, les besoins et les défis opérationnels et quotidiens du personnel, ainsi que sur les forces de l'organisation.

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

Dans le but de promouvoir une culture de déclaration d'incidents et d'accidents, 52 formations virtuelles ont été offertes, surtout aux nouveaux employés et aux nouveaux gestionnaires, en plus de 7 formations dans l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA). Ainsi, près de 3 700 personnes ont reçu de la formation en gestion de la qualité et des risques durant l'année 2020-2021.

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

Principaux types d'incidents	2020-2021		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Événements liés à la gestion des médicaments	529	34	3
Autres	326	21	2
Tests diagnostiques	193	12	1

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

Principaux types d'accidents	2020-2021		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	7 741	46	42
Événements liés à la gestion des médicaments	3 470	21	19
Autres	2 430	15	13

# Actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement

## Principaux risques d'incidents et d'accidents et surveillance, prévention et contrôle des infections (PCI) nosocomiales

L'année 2020-2021 a nécessité des ajustements au sein du comité puisque plusieurs membres ont été fortement sollicités. Ainsi, le nombre de rencontres a été restreint à trois. Néanmoins, il y a une belle transition vers le suivi de la situation de pandémie qui répondait au risque le plus important. De plus, le comité a comblé les sièges vacants.

Au cours de l'année, le comité a pris effet de façon statutaire des sujets suivants :

- Les incidents et les accidents chez les usagers;
- Les événements sentinelles et les mesures de suivis appliquées;
- Les accidents survenus chez nos travailleurs dans le cadre de la prestation de services;
- Les infections nosocomiales et les mesures en prévention et contrôle des infections.

En réponse au contexte de la pandémie, il a ajouté à ses suivis :

- L'état de situation COVID-19 sur le territoire du CISSS;
- Le plan de préparation de la deuxième vague;
- Le bilan des visites de vigie dans les milieux de vie;
- Le suivi de la vaccination COVID-19 de la population du CISSS ainsi que ses employés et médecins.

Le comité a pu constater une baisse de la déclaration des incidents et des accidents chez les usagers durant la dernière année. Sensible au contexte de la COVID-19, le comité n'a pas émis de recommandation à cet effet pour le moment, mais suivra de près l'évolution de la situation.

En raison du contexte particulier de la pandémie et afin de réduire les risques d'incidents et d'accidents, les trois services de gestion de la qualité et des risques de l'établissement ont été appelés à visiter de nombreux milieux pour évaluer la sécurité des usagers, notamment au chapitre de la sécurité environnementale. Ainsi, 35 sites d'hébergement temporaire (SHT), sites non traditionnels (SNT), zones rouges communautaires et d'hospitalisation, unités de débordement ainsi que des organismes communautaires ont reçu la visite de professionnels en gestion de la qualité et des risques, la plupart du temps avant l'ouverture de ces milieux. Ce fut, entre autres, l'occasion de faire certains rappels, dont l'importance de déclarer les accidents et les incidents.

Plusieurs mesures ont quant à elles été mises en place par l'établissement pour surveiller, prévenir et contrôler les infections nosocomiales. Entre autres, un service PCI 24/7 a été instauré dès le début de la pandémie pour soutenir les intervenants. La formation et le déploiement d'agents multiplicateurs en prévention et en contrôle des infections ont aussi été des éléments importants de la lutte contre la pandémie. Ces personnes ont été des références dans nos différentes installations alors qu'ils ont réalisé des activités préventives que ce soit des audits, des rappels de bonnes pratiques, des ateliers de sensibilisation et du coaching auprès des équipes terrain. Une grande campagne de sensibilisation a aussi été déployée afin de rappeler aux employés, aux usagers et aux visiteurs, l'importance du respect des consignes sanitaires en vigueur en lien avec la pandémie.

# Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

L'application d'une mesure de contrôle doit demeurer une mesure exceptionnelle et de dernier recours, et ce, seulement quand la personne représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. Tous les efforts sont mis en œuvre afin d'éviter qu'une mesure de contrôle soit utilisée. L'application de mesures de remplacement est préconisée en ce qui a trait aux politiques et procédures, aux formulaires et aux formations en place dans l'établissement.

## Centres hospitaliers

Le type de clientèle et le secteur ont une influence sur l'utilisation des mesures de contrôle en centres hospitaliers. Globalement, les données recueillies démontrent une prévalence en médecine de 0,8 %, en chirurgie de 0,4 %, aux soins intensifs de 3,3 %, en gériatrie de 1,4 %, en psychiatrie de 1,8 % et à l'urgence de 1 %. Les types de mesures de contrôle les plus utilisées sont les ridelles de lits (30 %), la ceinture abdominale aimantée (22 %), les attaches de poignets (15 %) et les substances chimiques (8 %), pour un nombre total de 647 mesures appliquées.

Même si ce portrait semble suggérer une amélioration comparativement aux années précédentes, les résultats sont à prendre avec prudence, car considérant le contexte de la pandémie, une sous-déclaration est certaine. La COVID-19 a entraîné le délestage de plusieurs activités, dont à certains moments, la comptabilisation des données sur les mesures de contrôle.

## Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

La prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle chez les résidents en CHSLD (11 centres d'hébergement) se situe à 5 % et se maintient à ce taux depuis 2018-2019. La cible que s'est donnée l'établissement est de 10 % et moins. Les mesures de contrôle les plus utilisées sont les ceintures pelviennes (27 %), les ridelles de lit (27 %), les ceintures à boucle (23 %), les vêtements restrictifs (11 %) et les substances chimiques (3 %).

## Secteurs déficiences

### Déficience physique

Pour l'année 2020-2021, la prévalence d'une ou plusieurs mesures de contrôle planifiées ou non planifiées a été de 0,5 %. De ces mesures de contrôle, 25 % ont fait l'objet de l'application de mesures non planifiées. Les résultats démontrent une réduction progressive dans ce secteur. La prévalence était à 0,9 % en 2018-2019 et est passée à 0,7 % en 2019-2020.

### Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Au cours de l'année, 269 usagers sur 7380 ont eu une ou plusieurs mesures de contrôle planifiées ou non planifiées. La tendance est fluctuante dans ce secteur d'activité et l'augmentation vécue en 2020-2021 pourrait être attribuable aux mesures de confinement et à l'arrêt des formations du personnel lié à la pandémie. En effet, la prévalence est à 3,6 % en 2020-2021, alors qu'elle était à 2,7 % en 2018-2019 et à 3,4 % en 2019-2020.

La plupart de ces mesures sont appliquées en résidence à assistance continue (RAC) ou à l'unité Saint-Charles. La prévalence est plus élevée dans ces milieux, considérant que les RAC hébergent des usagers avec des troubles de comportement ou des troubles graves de comportement et que l'unité Saint-Charles, un milieu ultra spécialisé, héberge les usagers ayant un trouble grave de comportement avec dangerosité.

Pour les RAC, nous observons une prévalence de 51% (51% en 2019-2020) pour les mesures de contrôle planifiées et de 86% (68% en 2019-2020) pour les mesures non planifiées. À l'unité Saint-Charles, c'est une prévalence de 75% (79% en 2019-2020) pour les mesures planifiées et de 70% (79% en 2019-2020) pour les mesures non planifiées.

## Mesures mises en place par le comité de vigilance et de la qualité et réponses apportées par l'établissement aux recommandations formulées par les différentes instances

Au cours de la dernière année, le comité de vigilance et de la qualité s'est rencontré à quatre reprises. Durant ces rencontres, il s'est notamment penché sur le bilan des activités du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, incluant les recommandations adressées aux directions visées, ainsi que leur réalisation.

### Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Les recommandations émises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont été déposées au comité de vigilance et de la qualité. Les thématiques abordées par les recommandations ainsi que les suivis qui ont été réalisés sont les suivants :

#### Gestion financière :

- Mise en place d'une procédure pour la gestion des budgets pour chacun des usagers hébergés en résidence à assistance continue.

#### Accessibilité des services :

- Développement du service pour la prise de rendez-vous concernant les prélèvements par téléphone, pour les personnes ayant de la difficulté ou étant dans l'impossibilité de prendre un rendez-vous par le biais de Clic Santé;
- Diffusion de l'information sur les modalités de prise de rendez-vous pour les prélèvements à la population de la Montérégie-Ouest.

### **Mécanisme de contrôle qualité en ressource intermédiaire (RI) – ressource de type familiale (RTF) :**

- Évaluation des services rendus aux usagers en RI, conformément au cadre de référence RI-RTF;
- Mise en œuvre d'un plan d'amélioration à la suite des difficultés identifiées dans une RI et des modalités de suivis;
- Révision du plan d'intervention pour un usager hébergé;
- Résiliation d'un contrat en RI d'un commun accord avec le promoteur;
- Suivi au commissaire des visites qualité dans une RTF à la suite des préoccupations concernant la qualité des services offerts.

### **Communication et droits des usagers :**

- Sensibilisation des équipes en déficience intellectuelle (DI) – trouble du spectre de l'autisme (TSA) et de leur direction, aux droits des usagers hébergés en RI-RTF et de leur représentant.

### **Mesure d'urgence :**

- Finalisation du processus d'adoption de la procédure code jaune pour le CISSS de la Montérégie-Ouest et assurer la diffusion.

### **Soins et services :**

- Rencontre de plan d'intervention avec le représentant et proche aidant de l'utilisateur, pour revoir les soins et services requis;
- Clarification des rôles et des responsabilités des intervenants et de l'offre de service;
- Offre de soutien psychosocial et de répit à des proches aidants.

### **Qualité de l'acte en soins infirmiers :**

- Révision de dossiers pour des épisodes de soins à l'urgence afin d'identifier des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services.

## **Protecteur du citoyen**

Durant la dernière année, le comité de vigilance et de la qualité a été informé des recommandations du Protecteur du citoyen ainsi que leur application par l'entremise de l'établissement.

Les thématiques abordées par les recommandations ainsi que les suivis qui ont été réalisés sont les suivants :

### **Soins et services :**

- Évaluation dans différentes disciplines professionnelles;
- Réalisation de plan de service individualisé, de plan d'intervention individualisé et de contrat clinique.

### **Aménagement d'un espace extérieur :**

- Démarche en cours pour l'aménagement d'un espace extérieur pour l'unité régionale de réadaptation, en collaboration avec un autre CISSS.

### **Gestion financière et communication :**

- Élaboration d'un document d'information sur l'allocation des dépenses personnelles à l'intention des représentants des usagers mineurs qui sont admis dans une résidence à assistance continue (RAC) en DI-TSA-DP.

### **Collaboration et procédure régionale :**

- Critères d'admission sur les unités de réadaptation, un mandat régional :
  - Révision des critères d'admission sur les unités de réadaptation en santé physique afin qu'ils soient complémentaires et permettent d'éviter un vide de services;
  - Rappel des engagements de l'établissement à offrir les services de réadaptation en santé physique aux résidents de son territoire.
- Prise des mesures nécessaires afin que la situation des usagers ayant un profil s'écartant des profils types, définis dans les critères d'admission sur les unités de réadaptation en santé physique, soit soumise à une personne répondante qui pourra contribuer à déterminer la trajectoire optimale pour la prise en charge de la personne concernée.
- Mesure découlant du transfert d'un milieu hospitalier d'un autre CISSS de la Montérégie, vers l'Unité régionale de réadaptation en trouble du comportement (TC) – trouble grave du comportement (TGC) du CISSS de la Montérégie-Ouest et mesures cliniques particulières à l'utilisateur :
  - Transfert de l'utilisateur dans un milieu d'hébergement adapté à ses besoins, dans les meilleurs délais possibles;
  - Amélioration de la procédure de fouille de l'utilisateur, à effet immédiat;
  - Assurance de l'élaboration de plans de transition de qualité.
- Procédure d'action en matière de changement de psychiatre, recommandations adressées aux trois CISSS de la Montérégie :
  - Élaboration d'une procédure en matière de changement de psychiatre;
  - Élaboration et diffusion du plan de cette procédure à l'ensemble du personnel susceptible d'accompagner les usagers dans la démarche de demande de changement de psychiatre tant sur les unités psychiatriques des hôpitaux que dans les cliniques externes de psychiatrie;
  - Entente de collaboration intrarégionale à convenir en matière de demande de changement de psychiatre, tant lorsque l'utilisateur est hospitalisé que lorsqu'il est suivi en externe.

## Coroner

Au cours de l'année 2020-2021, le Bureau du coroner a transmis au CISSS de la Montérégie-Ouest quatre rapports d'investigation, dont trois ont fait l'objet de recommandations, et ce, en conformité avec la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès. De ces trois rapports, quatre recommandations ont été émises et pour lesquelles un suivi a été fait auprès du coroner en chef.

### **1. Mieux utiliser les outils de prévention du risque de chute à la disposition des équipes afin de protéger davantage les résidents qui sont à risque de chuter.**

Un rappel a été effectué auprès de l'équipe traitante afin que chaque usager fasse l'objet d'une évaluation du risque de chute dès l'admission et d'une réévaluation suivant une chute, afin que des interventions préventives et postchutes soient mises de l'avant pour assurer la sécurité des usagers. De plus, dès l'adoption du cadre de référence sur la prévention des chutes hors hospitalier du CISSS de la Montérégie-Ouest, une formation sera organisée en juin 2021. Elle présentera les outils d'une évaluation du risque de chute dès l'admission et d'une réévaluation, et sera dispensée auprès des intervenants et des responsables de la ressource intermédiaire.

### **2. S'assurer que le rapport de déclaration des incidents et des accidents soit dûment rempli tel que prescrit par la Loi sur la santé et les services sociaux et qu'il fasse l'objet d'un suivi adéquat pour permettre d'identifier les situations à risque et les interventions requises pour éviter qu'un événement semblable ne se reproduise.**

Un mécanisme de gestion a été mis en place afin que les suivis et les analyses sommaires suite aux déclarations des événements indésirables soient bien complétés par le CISSS de la Montérégie-Ouest en collaboration avec le partenaire en question.

Des formations supplémentaires ont aussi été ajoutées au calendrier de formation du partenaire et mises en place pour former les nouveaux intervenants à la déclaration des incidents et des accidents.

### **3. Revoir le dossier de l'usager lors de son séjour au centre d'hébergement pour s'assurer de la conformité des soins prodigués.**

En plus de la révision de l'ensemble du dossier par la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU) du CISSS de la Montérégie-Ouest, l'ensemble du personnel infirmier et auxiliaire infirmier a reçu une formation basée sur les protocoles et procédures de soins infirmiers en vigueur dans l'établissement, afin de répondre aux questionnements du personnel concernant l'administration de la médication en fin de vie. De plus, conformément aux attentes ministérielles, une rencontre interdisciplinaire avec une révision du plan d'intervention incluant l'équipe soignante et la famille est faite dans les derniers moments de vie des usagers en hébergement.

### **4. Mettre en place les mesures nécessaires afin d'améliorer la communication entre les intervenants du même établissement en ce qui concerne l'utilisation de systèmes d'alerte visant à améliorer la sécurité des usagers afin d'éviter une situation où le système mis en place ou son utilisation n'atteint pas l'objectif de sécurité visé et afin de permettre les ajustements nécessaires.**

La politique et les procédures sur les mesures de contrôle ont fait l'objet d'un rappel auprès des intervenants. Aussi, un aide-mémoire portant sur l'utilisation optimale des systèmes d'alerte a été produit et diffusé auprès des intervenants. Ce système inclut l'information visant à éviter qu'un usager ne puisse, de lui-même, désactiver la mesure de remplacement mise en place pour sa sécurité.

## Autre instance

Aucune recommandation n'a été émise par une autre instance.

# Personnes mises sous garde

## Collecte 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 fournir les données suivantes.

1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2021

	Mission hospitalière	Total
<b>Garde préventive</b>		
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	724	724
<b>Garde provisoire</b>		
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.*	238
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	236	236
<b>Garde autorisée</b>		
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.*	201
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)	195	195

\* La mention « sans objet (S. O.) » est indiquée, car les demandes de mises sous garde proviennent toujours de l'établissement. Ainsi, seul le total des demandes de l'établissement est inscrit dans la colonne « Total ».

# Examen des plaintes

## et promotion des droits

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 : [santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest) dès que le rapport du commissaire aux plaintes et à la qualité des services sera déposé à l'Assemblée nationale par le ministre. Il est possible de joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services aux coordonnées suivantes :

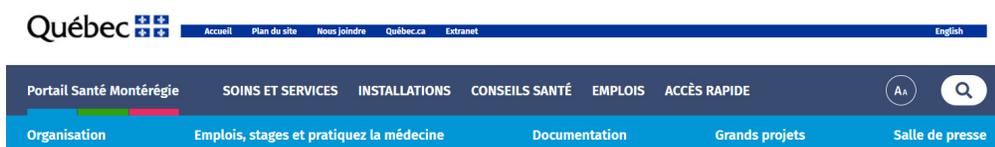
☎ 450 699-2425, poste 2462 | 1 800 700-0621, poste 2462  
@ [insatisfactions-plaintes.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:insatisfactions-plaintes.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca)

Des **formulaires de plaintes** sont également disponibles sur [santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest) dans la section « Organisation », sous « Satisfaction et plaintes ».

# Information et consultation

## de la population

Afin de connaître le niveau de satisfaction quant aux soins et services offerts, consulter la population est essentiel pour l'établissement. Grâce aux commentaires reçus, nous pouvons mieux nous évaluer pour ensuite nous améliorer de façon continue. De plus, plusieurs canaux de communication sont utilisés pour informer la population sur les différentes activités de l'établissement.



## CISSS de la Montérégie-Ouest



Page d'accueil du site Internet  
santemonteregie.qc.ca/ouest

## La population du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest a pu être informée grâce à divers moyens de communication

### Sites Internet

Le site Internet [santemonteregie.qc.ca](http://santemonteregie.qc.ca) présente les trois CISSS de la Montérégie et facilite les recherches pour trouver les soins et les services offerts à proximité. La portion du site réservée au CISSS de la Montérégie-Ouest, [santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest), diffuse les informations relatives aux soins, aux services, aux activités de l'organisation de même que les campagnes de sensibilisation du MSSS. Il est possible pour la population, par les divers liens sur le site Internet, de communiquer avec le CISSS pour poser une question ou émettre un commentaire.

Le site Internet [travaillons-ensemble.com](http://travaillons-ensemble.com) a été lancé pour faciliter le recrutement et, par le fait même, la recherche d'emploi. Cette nouvelle page, dédiée au recrutement, présente notamment les offres d'emploi, les possibilités de stages ainsi que les emplois saisonniers. Les coordonnées des recruteurs se trouvent également sur cette page.

### Médias sociaux

Les pages [Facebook](#), [Instagram](#) et [LinkedIn](#) de l'organisation fournissent également des nouvelles à la population, en plus de faire rayonner ses divers projets. On y diffuse des renseignements sur les événements de l'organisation, les mois et les semaines thématiques, les avancements des projets organisationnels, les conférences de presse organisées, les formations ou les groupes de discussion offerts à la population ainsi que les offres d'emploi. En tout temps, il est possible d'y poser des questions ou d'y émettre un commentaire. Ce sont par ailleurs les plateformes les plus utilisées pour partager les bons coups de l'organisation et pour effectuer de la reconnaissance auprès des employés.

### Communiqués de presse

Des communiqués de presse sont acheminés aux médias et aux partenaires pour faire connaître les dernières nouvelles ainsi que les bons coups de l'organisation.

### Séances du conseil d'administration

La population est invitée à participer aux séances du conseil d'administration. Le volet « Conseil d'administration » qui se trouve dans la section « Organisation » du site Internet [santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest) donne accès au calendrier des prochaines séances, à la liste des membres du conseil d'administration, aux ordres du jour et aux procès-verbaux des séances. La population est également invitée à la séance publique d'information annuelle. Cet événement est l'occasion pour l'organisation de présenter son dernier rapport annuel de gestion et pour le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de présenter son rapport de la dernière année.

### espacePROJETS

La cyberlettre espacePROJETS traite des dernières nouvelles du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges et est diffusée auprès de son public interne et de ses partenaires. Une section spécifique du site Internet a été créée afin de suivre les avancements des travaux en temps réel. Pour plus d'information, rendez-vous au [santemonteregie.qc.ca/ouest/projet-hopital-vaudreuil-soulanges](http://santemonteregie.qc.ca/ouest/projet-hopital-vaudreuil-soulanges).

### Formulaires de satisfaction

Différents formulaires de satisfaction sont distribués dans les installations de l'établissement afin de connaître l'opinion des usagers au sujet des services qu'ils ont reçus.

### Comité des usagers du centre intégré

Le comité des usagers du CISSS voit à consulter et à informer la population au moyen de son assemblée annuelle ainsi que dans le cadre d'activités thématiques relatives à son mandat (LSSSS, articles 209 à 212). Il est possible de le joindre au :

☎ 450 699-2521 | @ [info@comitedesusagers.ca](mailto:info@comitedesusagers.ca)

Il est essentiel pour le CISSS de la Montérégie-Ouest d'obtenir différentes rétroactions des usagers ainsi que de la population. Tous les commentaires et les questions sont les bienvenus afin d'orienter nos actions pour améliorer l'expérience de la clientèle.



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

# Application de la politique

## portant sur les soins de fin de vie

1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2021

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 721
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	73
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	140
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	98
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs : <ul style="list-style-type: none"><li>• La personne a retiré sa demande ou a changé d'avis : 7</li><li>• La personne répondait aux conditions au moment de la demande d'aide médicale à mourir (AMM), mais a cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation : 10</li><li>• La personne est décédée avant l'administration : 6</li><li>• La personne est décédée avant la fin de l'évaluation : 12</li><li>• La personne ne répondait pas aux conditions au moment de la demande d'AMM : 2</li><li>• Autres : 5</li></ul>	42

# Ressources humaines

# Répartition de l'effectif

## par catégorie de personnel\*

	Nombre d'emplois au 31 mars 2020	Nombre d'ETC en 2019-2020
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 424	1 917
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 699	2 032
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 181	1 005
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 819	2 377
Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales**	37	29
Personnel d'encadrement	343	338
<b>TOTAL</b>	<b>9 503</b>	<b>7 697</b>

\* Dernières données disponibles et fournies par le MSSS.

\*\* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les médecins, les sages-femmes et les étudiants.

### Nombre d'emplois

Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

### Nombre d'équivalents temps complet (ETC)

L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

# Présentation des données

## pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs\*

CISSS de la Montérégie-Ouest	Comparaison sur 364 jours		
	2020-03-29 au 2021-03-27		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le secrétariat du conseil du trésor	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	651 751	98 129**	749 880
2 - Personnel professionnel	2 702 049	41 321	2 743 370
3 - Personnel infirmier	3 540 888	285 951	3 826 839
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	7 471 631	363 411	7 835 042
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	918 631	27 987	946 618
6 - Étudiants et stagiaires	25 887	443	26 330
<b>Total 2020-2021</b>	<b>15 310 836</b>	<b>817 244</b>	<b>16 128 080</b>
<b>Total 2019-2020</b>			<b>14 802 895</b>

Compte tenu de la rareté des ressources qui accroît la pression sur notre capacité à répondre aux attentes relatives à la gestion et au contrôle des effectifs, le dépassement est attribuable aux allocations reçues pour le développement des services ainsi qu'à la situation COVID occasionnant une surcharge dans nos secteurs. Au terme de l'année, ce sont 1,3 million d'heures additionnelles qui ont été travaillées au bénéfice de notre population.

<b>Cible 2020-2021</b>	<b>16 058 367</b>
<b>Écart</b>	<b>69 713</b>
<b>Écart en %</b>	<b>0,4</b>

\* Dernières données disponibles et fournies par le MSSS.

\*\* Les heures supplémentaires pour le personnel d'encadrement sont exceptionnelles et dues à la situation de la pandémie.



# Ressources financières

# Utilisation des ressources budgétaires

## et financières par programme

### Activités principales (non auditées)

Programmes	Exercice courant	
	\$	%
Santé publique	58 120 741	5,4
Services généraux – activités cliniques et d'aide	35 581 892	3,3
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet hébergement	149 592 213	13,8
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet soutien à domicile	75 029 183	6,9
Déficience physique	84 625 594	7,8
Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	192 927 119	17,8
Jeunes en difficulté	11 491 781	1,1
Dépendances	13 384 641	1,2
Santé mentale	43 902 711	4,1
Santé physique	230 894 390	21,4
Administration	46 996 029	4,3
Soutien aux services	66 444 740	6,1
Gestion des bâtiments et des équipements	72 153 364	6,7
<b>TOTAL</b>	<b>1 081 144 398</b>	<b>100</b>

Exercice précédent		Variation des dépenses	
\$	%	\$	%
8 179 828	0,9	49 940 913	610,5
35 234 551	4,0	347 341	1,0
112 093 320	12,7	37 498 893	33,5
62 088 612	7,1	12 940 571	20,8
60 063 189	6,8	24 562 405	40,9
176 497 018	20,1	16 430 101	9,3
10 573 644	1,2	918 137	8,7
12 838 181	1,5	546 460	4,3
36 167 027	4,1	7 735 684	21,4
214 674 708	24,4	16 219 682	7,6
43 020 393	4,9	3 975 636	9,2
52 688 504	6,0	13 756 236	26,1
56 142 601	6,4	16 010 763	28,5
<b>880 261 576</b>	<b>100</b>	<b>200 882 822</b>	<b>22,8</b>

Pour plus d'information sur les ressources financières, il est possible pour la population de consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) sur le site Internet de l'établissement au [santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest).

# 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. Au cours de l'exercice financier 2020-2021, l'établissement s'est conformé à cette exigence en dégagant un surplus à son fonds d'exploitation de 1 242 244 \$ et un déficit à son fonds d'immobilisations de 900 346 \$ pour un résultat global de 341 898 \$.

# Contrats de service

Vous trouverez ci-dessous les données sur les contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus et conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique <sup>1,2</sup>	90	18 942 340 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>3</sup>	156	86 156 667 \$
<b>Total des contrats de service<sup>3</sup></b>	<b>246</b>	<b>105 099 008 \$</b>

<sup>1</sup> Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

<sup>2</sup> Ce total comprend les contrats avec des ressources de type familial (RTF).

<sup>3</sup> Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

## Ressources informationnelles

La reddition de compte est présentée dans le rapport annuel de gestion 2020-2021 du CISSS de la Montérégie-Centre, responsable des ressources informationnelles pour les trois CISSS de la Montérégie. Pour plus de détails : [santemonteregie.qc.ca/centre](http://santemonteregie.qc.ca/centre)

# État du suivi des réserves

# État du suivi des réserves

## Commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Signification des codes		
<b>Colonne 3 - Nature</b>		
R : Réserve	O : Observation	C : Commentaire
<b>Colonnes 5, 6 et 7 - État de la problématique</b>		
R : Régulé	PR : Partiellement réglé	NR : Non réglé

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 2021		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4	5	6	7
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
Tel qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du <i>Manuel de comptabilité</i> des comptables professionnels agréés (CPA) Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2015-2016	R	Comptabilisation selon les directives du MSSS. Cette problématique a été corrigée le 1 <sup>er</sup> avril 2021.			X
Le CISSS de la Montérégie-Ouest n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec l'indexation et les forfaitaires de l'exercice terminé le 31 mars 2021 de certains corps d'emploi, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2020-2021	R	Aucune mesure corrective, tel que demandé par le MSSS.			X
Le CISSS de la Montérégie-Ouest a obtenu une subvention en lien avec les charges et pertes de revenus, déduction faite des économies engendrées par la pandémie de COVID-19 pour le réseau de la santé. L'auditeur n'a pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies et les pertes de revenus prises en compte, et donc, ne peut pas déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés.	2020-2021	R	La comptabilisation des coûts COVID a été faite conformément aux directives du MSSS.			X

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 2021		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
Certaines installations du CISSS doivent compiler l'unité de mesure « usager distinct ». 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 DRIM est la direction responsable du déploiement à l'interne.			X
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 et salubrité présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Outre les installations RAC et des ajouts d'installation en fin d'année, le mesurage par une firme externe a été effectué en 2020-2021 pour l'ensemble des installations visées par CA 7640, 7700, 7710, 7800. Les travaux se poursuivront en 2021-2022 pour les quelques installations manquantes. De plus, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2021. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangée par rapport au 31 mars 2020.		X	
L'unité de mesure « mètre carré » pour le centre d'activité 7710 – Sécurité 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 7710 – Sécurité présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2017-2018	R	Outre les installations RAC et des ajouts d'installation en fin d'année, le mesurage par une firme externe a été effectué en 2020-2021 pour l'ensemble des installations visées par CA 7640, 7700, 7710, 7800. Les travaux se poursuivront en 2021-2022 pour les quelques installations manquantes. De plus, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2021. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangée par rapport au 31 mars 2020.		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	Outre les installations RAC et des ajouts d'installation en fin d'année, le mesurage par une firme externe a été effectué en 2020-2021 pour l'ensemble des installations visées par CA 7640, 7700, 7710, 7800. Les travaux se poursuivront en 2021-2022 pour les quelques installations manquantes. De plus, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2021. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangée par rapport au 31 mars 2020.		X	

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 2021		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées – suite</b>						
L'unité de mesure « mètre cube » pour le centre d'activité 7700 – Fonctionnement 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 7700 – Fonctionnement des installations présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Outre les installations RAC et des ajouts d'installation en fin d'année, le mesurage par une firme externe a été effectué en 2020-2021 pour l'ensemble des installations visées par CA 7640, 7700, 7710, 7800. Les travaux se poursuivront en 2021-2022 pour les quelques installations manquantes. De plus, en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2021. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangée par rapport au 31 mars 2020.		X	
L'unité de mesure « la présence » pour le centre d'activité 7001 – Centre pour activités de jour n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car il existe des écarts entre les données compilées et les éléments probants en support à la compilation. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique des unités 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 7001 – Centre pour activités de jour présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2018-2019	R	Révision de la méthode de saisie de données. Validation et approbation périodique du supérieur immédiat. Le centre d'activité 7001 a été transféré au centre d'activité 5980, ce centre d'activité ne comprend pas d'unité de mesure. Conséquemment, l'établissement aurait réglé la problématique, mais en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2021. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2020.			X
L'unité de mesure « Le repas » pour le centre d'activité 7554 – Alimentation - Autres n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car certaines données n'ont pas été compilés. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique des unités 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 7554 – Alimentation - Autres présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2018-2019	R	Le mécanisme de compilation doit être revu et les outils de compilation seront ajustés. Des travaux sont prévus à l'été 2021. En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi de l'état de la problématique au 31 mars 2021. Ainsi, l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2020.			X
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
Bien que des profils spécifiques à la gestion des utilisateurs ont été créés dans l'application financière GRF pour restreindre la création des utilisateurs et l'octroi d'accès à des utilisateurs non opérationnels, nous avons noté que deux personnes des finances ont les profils pour créer des utilisateurs et octroyer des accès, ce qui ne respecte pas la juste séparation des tâches.	2019-2020	C	Dû au mouvement de certains employés, certains accès ont été donnés pour assurer la continuité des activités. La situation a été corrigée afin de respecter la séparation des tâches.			X

# Divulgation des actes repréhensibles

# Reddition de comptes

Divulgence d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations <sup>1</sup>	1	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) <sup>2</sup>	Sans objet	2	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		0	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet	0	0
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		1	0
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		0	0
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		1	0
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		0	0
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	0
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations		2	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	0	Sans objet	0
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 <sup>3</sup>	0	0	0

<sup>1</sup> Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

<sup>2</sup> Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offres.

<sup>3</sup> Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi, est répertorié à ce point.

# Annexe

# Code d'éthique et de déontologie

## des administrateurs du conseil d'administration

### PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue de celle 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. Le présent Code édicte les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence surtout 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 de saine gouvernance, dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

### Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### 1. Objectifs généraux

Le présent Code 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 responsabiliser ces derniers en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Il a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

## 2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec;
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1);
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2);
- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2);
- La Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1);
- La Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbying (RLRQ, chapitre T-11.011).

## 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

**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).

**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.

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

**Personne raisonnable:** Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>1</sup>.

**Renseignements confidentiels:** Donnée ou 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. Ou encore, 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 Code 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 Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

## 6. Diffusion

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

## Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

### 7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs permettant de veiller à l'intérêt public. Pour un 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 la règle n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

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

En plus de respecter les principes éthiques et déontologiques, tout membre du conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en oeuvre 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 de respecter les principes éthiques et déontologiques, tout membre du 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 habilités 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 concernent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, et respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que respecter 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 celui-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourraient 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 un groupe particulier ou lié à un tel groupe 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'y est pas autorisé.

### 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 aussi démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve ou de 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 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 toute considération lorsqu'ils lui sont destinés ou qu'ils sont susceptibles de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou toute marque d'hospitalité doivent être retournés 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 qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions, et ce, 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 auprès des 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 à un 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 moment où le donateur ou le testateur est soigné dans l'établissement 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 ses responsabilités et ses fonctions et à s'en acquitter au mieux de ses connaissances, et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

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

### 17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;

- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

### 18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

## 19. Processus disciplinaire

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

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

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

**19.4** Le membre est informé que l'enquête 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 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 aviser ce membre et lui offrir de se faire entendre.

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

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

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

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

## 20. Notion d'indépendance

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

## 21. Obligations en fin du mandat

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

- respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions;
- se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.







# On est encore plus fort ensemble

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

Québec 



[santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest)