

Rapport annuel de gestion

2022-2023



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

Ce document est une réalisation de la Direction des communications et des affaires publiques 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 : 978-2-550-94792-9 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-94794-3 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

© CISSS de la Montérégie-Ouest, 2023

À l'exception des photographies et des illustrations, ce document peut être reproduit à des fins éducatives ou non commerciales. La source doit être mentionnée. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du CISSS de la Montérégie-Ouest. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande à l'adresse courriel : droitsdauteur.ciSSsmo16@sss.gouv.qc.ca

Le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

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 de l'entente de gestion et d'imputabilité

- 38 Entente de gestion et d'imputabilité

47

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

- 48 Sécurité et qualité des soins et des services
- 65 Personnes mises sous garde
- 66 Examen des plaintes et promotion des droits
- 67 Information et consultation de la population

69

Application de la Politique portant sur les soins de fin de vie

71

Ressources humaines

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

75

Ressources financières

- 76 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
- 78 Équilibre budgétaire
- 78 Contrats de service
- 78 Ressources informationnelles*

79

État du suivi des réserves

83

Divulgence des actes répréhensibles

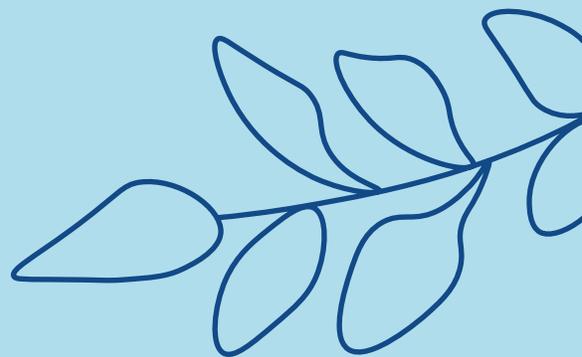
85

Annexe

- 86 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 2022-2023 du CISSS de la Montérégie-Centre.

Préface



Liste des sigles et des acronymes

- A -

AAPA Approche adaptée à la personne âgée

AMC Aide-mémoire clinique

AMM Aide médicale à mourir

AVC Accident vasculaire cérébral

- C -

CA Conseil d'administration

CAJ Centre d'activités de jour

CÉCO Comité d'éthique clinique et organisationnelle

CH Centre d'hébergement

CHSLD Centre d'hébergement de soins de longue durée

CHU Centre hospitalier universitaire

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

CPA Congé précoce assisté

CR Centre de réadaptation

CRSP Comité régional sur les services pharmaceutiques

CUCI Comité des usagers du centre intégré

- D -

DAH Direction des activités hospitalières

DCI Dossier clinique informatisé

DG Direction générale

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

DPMI Direction projet majeurs d'infrastructures

DPSCS Direction des programmes Soins critiques et spécialisés

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

DRHDOAJ Direction des ressources humaines, du développement organisationnel et des affaires juridiques

DRIM Direction des ressources informationnelles de la Montérégie

DRMG Département régional de médecine générale

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

DSPEM Direction des services professionnels et de l'enseignement médical

DSSADG Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie

DST Direction des services techniques

DVAC Direction de la vaccination

- E -

ENA Environnement numérique d'apprentissage

ETC Équivalent temps complet

- G -

GMF Groupe de médecine de famille

GMF-U Groupe de médecine de famille universitaire

- I -

ICASI Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat

IPS Infirmière praticienne spécialisée

- 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 -

MDA-MA Maisons des aînés et maisons alternatives

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

- N -

NSA Niveau de soins alternatifs

- O -

OC Ordonnance collective

OIIQ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

- P -

PAB Préposé aux bénéficiaires

PCI Prévention et contrôle des infections

PCO Plan clinique organisationnel

PHVS Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

PI Plan d'intervention

PPA Personne proche aidante

PQPTM Programme québécois pour les troubles mentaux

- R -

RAC Résidence à assistance continue

RI Ressource intermédiaire

RLRQ Recueil des lois et des règlements du Québec

RLS Réseau local de services

RNI Ressource non institutionnelle

RSSS Réseau de la santé et des services sociaux

RQSUCH Relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier

RTF Ressource de type familial

- S -

SAD Soutien à domicile

SAPA Soutien à l'autonomie des personnes âgées

- T -

TC Trouble du comportement

TGC Trouble grave du comportement

TNCM Travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs

TSA Trouble du spectre de l'autisme

- U -

URCI Unité de réadaptation comportementale intensive

- V -

VPH Virus du papillome humain

Message des autorités



Philippe Gribeauval
Président-directeur général

Claude Jolin
Président du conseil d'administration

L'année 2022-2023 a été florissante. L'essoufflement tant attendu de la pandémie de COVID-19 aura permis de ramener à l'avant-plan nos projets structurants et d'envergure. Encore et toujours, au centre de chacune de nos réussites figurent notre personnel, nos gestionnaires, nos médecins et nos bénévoles qui travaillent de tout cœur au bénéfice de notre population. La nouvelle signature du CISSS de la Montérégie-Ouest « Pour que votre humanité s'exprime pleinement » prend tout son sens avec vous. Nous vous remercions chaleureusement pour l'expression de votre humanité dans les soins prodigués et les services offerts à nos usagers.

Ce rapport annuel de gestion présente quelques-uns des nombreux projets entrepris par notre organisation en 2022-2023 ainsi que bon nombre de nos réalisations.

Le conseil d'administration

Les membres du conseil d'administration (CA) ont traité près de 70 dossiers organisationnels en plus de procéder à l'adoption de 12 règlements, politiques ou procédures. Ils ont également couvert les sujets provenant des huit comités du conseil d'administration.

C'est en novembre 2022 qu'a eu lieu la séance publique d'information annuelle, et ce, en mode hybride. Au cours de celle-ci, un sommaire du rapport financier a été présenté et un sommaire sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services ainsi que les priorités 2022-2023; tous deux pour l'année 2021-2022. Les priorités de l'organisation pour 2022-2023 ont également été présentées.

L'assemblée s'est conclue par la conférence « Vigilance : tous unis pour le bien-être des familles » présentant ce projet visant l'amélioration des conditions de vie des enfants et des familles vivant dans un quartier de Salaberry-de-Valleyfield.

Quelques faits marquants de notre année

Les faits marquants ont été nombreux en 2022-2023. D'ailleurs, vous trouverez tous les faits saillants de l'organisation aux pages 29 à 35. Ceux-ci bonifient l'offre de soins et de services à la population.

Plan clinique organisationnel (PCO) 2023-2033

L'année 2022-2023 résulte d'une année de consultation, d'analyse et de réflexion afin de mieux comprendre les écarts entre les besoins de la population et notre offre de soins et de services.

Cette approche par écosystème cherchera à répondre aux besoins de la population dans un concept d'accès aux services au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel dans le respect d'un continuum de soins et de services.

Cet exercice nous a permis de dégager une vision quant à l'évolution de notre offre de service sur une période de dix ans afin de répondre aux besoins évolutifs de notre population. Cette vision tient également compte des différents défis auxquels nous devons faire face, notamment la croissance et le vieillissement de la population sur notre territoire, l'accès au service de première ligne et de proximité ainsi qu'un enjeu collectif quant à l'offre de transport.

La croissance et la transformation majeure de notre organisation favoriseront le renforcement de partenariats, d'une approche de gestion agile permettant d'optimiser nos ressources et de poursuivre nos efforts d'attraction et de rétention. Cette croissance organisationnelle découle de plusieurs projets d'envergure en cours au sein de notre organisation. D'ailleurs, les faits marquants subséquents en font mention.

Il est à noter qu'une approche mettant l'accent sur le développement d'écosystèmes par réseau local de services (RLS) en fonction des besoins et des caractéristiques de la population est privilégiée. Cette approche par écosystème cherchera à répondre aux besoins de la population dans un concept d'accès aux services au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel dans le respect d'un continuum de soins et de services.

Le PCO 2023-2033 permettra de poursuivre notre lancée, soit celle de contribuer au maintien d'une prestation de soins et de services de qualité à la population.

Nos projets majeurs d'infrastructures

De la Direction Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges (DPHVS) à la Direction des projets majeurs d'infrastructures (DPMI)

Créée en 2017, la DPHVS se voulait, au départ, une direction temporaire pour le projet de l'Hôpital Vaudreuil-Soulanges, laquelle devait être dissoute au terme de ce projet majeur. À l'été 2022, l'organisation a pris la décision de se doter d'une équipe dédiée de façon permanente à la réalisation des projets majeurs d'infrastructures. Cette transformation visait à réunir les conditions nécessaires pour la concrétisation de ces mandats d'envergure, où l'approche de collaboration interprofessionnelle, la convergence des compétences et des connaissances cliniques et techniques de toutes les parties prenantes seraient au cœur de la gestion de projets. Certains mandats spécifiques sont quant à eux travaillés en étroite collaboration avec la Direction des services techniques.

Voici quelques-uns des projets en cours :

L'Hôpital Vaudreuil-Soulanges

Ce projet de 2,6 milliards de dollars a entamé sa phase de construction à l'automne 2022, avec le début des travaux d'excavation et de la préparation du site. La livraison de l'hôpital est prévue au cours de l'année 2026.

Deux maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA)

Situées à Châteauguay et Salaberry-de-Valleyfield, ces deux maisons ont vu une accélération de leurs travaux grâce à une consolidation des ressources en soutien aux projets. L'ouverture se fera en 2023-2024.

Un projet d'agrandissement de l'Hôpital Anna-Laberge

Ce projet, devant être finalisé en 2024-2025, inclut l'ajout d'une unité d'intervention brève en santé mentale, d'une unité d'hospitalisation brève, d'une unité de courte durée et d'un réaménagement de l'urgence avec une zone d'évaluation rapide.

Un projet de modernisation de l'urgence de l'Hôpital du Suroît

Le projet de démarrage de modernisation de l'urgence de l'Hôpital du Suroît a débuté cette année et se poursuivra tout au long de la prochaine année. L'objectif est de compléter ce projet d'ici la fin 2025.

Un groupe de médecine de famille universitaire

Le projet de développement d'un groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) dans Vaudreuil-Soulanges est travaillé de concert avec la Direction des services techniques et devrait accueillir ses premiers résidents en juillet 2024.

Une maison de naissance

La maison de naissance est un projet porté par la Direction des services techniques et s'étendra sur quelques années. Afin d'offrir des services de sage-femme dans les plus brefs délais, des locaux temporaires ouvriront à l'été 2023.

Autres faits marquants de notre année

Pôle de formation et d'innovation en santé

Durant la dernière année, un projet unique au Québec et soutenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a vu le jour au sein de notre organisation; soit le Pôle de formation et d'innovation en santé. En raison de la croissance importante de l'organisation, il est primordial d'être une destination carrière de premier choix pour la relève en santé. Ainsi, la création du pôle agit directement sur la formation de la relève en offrant un environnement d'apprentissage stimulant.

Un partenariat entre notre établissement et le Cégep de Valleyfield a été créé. Ainsi, les soins infirmiers, l'inhalothérapie et l'éducation spécialisée sont les premiers programmes à être introduits dans le Pôle de formation et d'innovation en santé. Afin de soutenir les inscriptions dans ces programmes, une campagne de recrutement a été réalisée durant la période d'inscription au Service régional d'admission du Montréal métropolitain et des tournées de classes ont été organisées dans le but de mobiliser les étudiants déjà inscrits. Pour la prochaine année, le CISSS de la Montérégie-Ouest collaborera étroitement avec deux autres cégeps et les trois centres de services scolaires du territoire afin d'offrir aux étudiants et aux employés des perspectives d'avancement professionnel au sein de l'organisation.

Fluidité hospitalière

Nous avons observé une amélioration notable dans plusieurs de nos indicateurs de performance liés à la fluidité hospitalière. C'est le cas, notamment, des taux d'occupation sur civières, qui reviennent progressivement à un taux prépandémique, ainsi que de la reprise des activités en chirurgie. En effet, le nombre de chirurgies a augmenté entre 30 % et 40 %, selon les spécialités. Ceci s'explique par les lits de chirurgie qui ont été occupés par des usagers en médecine générale durant la pandémie et qui ont pu retrouver leur vocation première durant l'année.

La grande mobilisation des employés, des gestionnaires et des médecins a été essentielle et remarquable. Pour arriver à une meilleure fluidité hospitalière, plusieurs actions ont été entreprises, dont la création d'un comité de gestion hospitalière incluant les gestionnaires, la Direction générale (DG) et la partie médicale. L'objectif étant de travailler conjointement à l'identification et la mise en place de mesures permettant le désengorgement des urgences des hôpitaux et facilitant la fluidité organisationnelle. Depuis l'implantation de mesures, une diminution soutenue de la durée moyenne de séjour est observée.

D'autres actions ont été déployées telles que l'adoption d'une cogestion médicale, la réouverture de 20 lits à l'Hôpital du Suroît sans oublier le « cohortage » pour la prise en charge médicale, c'est-à-dire le jumelage des médecins avec des départements spécifiques. Le fait d'œuvrer avec les mêmes équipes facilite la collaboration et permet une meilleure cohésion entre les différents travailleurs de la santé. Les médecins sont ainsi en mesure de prendre en charge plus d'usagers, ce qui a un effet considérable sur l'accès aux soins.

Nous tenons à souligner la contribution de l'ensemble des directions pour ces réussites obtenues durant la dernière année.

Du nouveau en chirurgie d'un jour

Une autre grande première a été réalisée en chirurgie d'un jour à l'Hôpital Anna-Laberge. Nous avons procédé à des chirurgies de deux prothèses bilatérales simultanées selon des critères cliniques établis, soit deux remplacements de genoux chez un usager et deux remplacements de hanches chez un autre. Rappelons que nous avons observé une hausse intéressante des chirurgies d'un jour pour des prothèses orthopédiques qui sont passées de 27 % en 2021-2022 à 43 % en 2022-2023 pour l'Hôpital Anna-Laberge et de 20 % en 2021-2022 à 27 % en 2022-2023 pour l'Hôpital du Suroît. En plus de réduire la période de convalescence, ceci ouvre la voie à de nouvelles méthodes d'intervention, ainsi qu'à de plus en plus de chirurgies d'un jour.

**Dresser la liste
de tous ces projets
novateurs et
ces réalisations
d'envergure
nous mène tous
deux à la même
conclusion :
sans le travail
de collaboration
que nous menons
avec vous tous,
rien de cela
ne serait possible.**

Transfert d'effectifs en Estrie

Le 1^{er} avril 2023, 292 employés, dont 4 gestionnaires, offrant des services spécialisés des programmes Déficiences et Dépendances au CISSS de la Montérégie-Ouest, des RLS de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie, ont été transférés au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Plusieurs rencontres de négociations ont eu lieu afin de permettre aux employés transférés de bénéficier des conditions particulières incluses dans les quatre protocoles de transfert convenus avec les syndicats. Les directions des deux établissements se sont mobilisées pour mettre tout en place afin de soutenir les équipes et de s'assurer d'une continuité des soins et des services pour les 2 000 usagers concernés.

Nos remerciements les plus sincères

Dresser la liste de tous ces projets novateurs et ces réalisations d'envergure nous mène tous deux à la même conclusion : sans le travail de collaboration que nous menons avec vous tous, rien de cela ne serait possible.

La mobilisation interne de notre personnel, de nos gestionnaires, des médecins, des bénévoles et de nos stagiaires est essentielle. Elle permet l'accomplissement de tout projet, aussi petit soit-il. Soulignons la contribution marquée des membres du conseil d'administration qui veillent, de par leur implication, à la santé et au bien-être de notre population. Aussi, la présence à nos côtés et l'appui incontestable de nos précieuses fondations, de nos partenaires socioéconomiques issus du milieu des affaires, de l'éducation, de l'enseignement supérieur et du milieu politique ainsi que des organismes communautaires nous rendent plus forts et nous mènent plus loin.

Tous ensemble, nous chérissons le même objectif. Cet objectif est l'assise même de chaque projet mis sur pied. Il est le fondement de toutes nos décisions, de nos actions et de nos aspirations. Offrir des soins et des services de qualité à notre population et à nos usagers demeure notre priorité. C'est pourquoi, à tous nos usagers et à leurs proches, nous tenons à vous offrir nos remerciements les plus sincères.

Merci pour votre confiance et votre collaboration.

Le président du conseil d'administration,



Claude Jolin

Le président-directeur général,



Philippe Gribeauval

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 2023.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2022-2023 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.

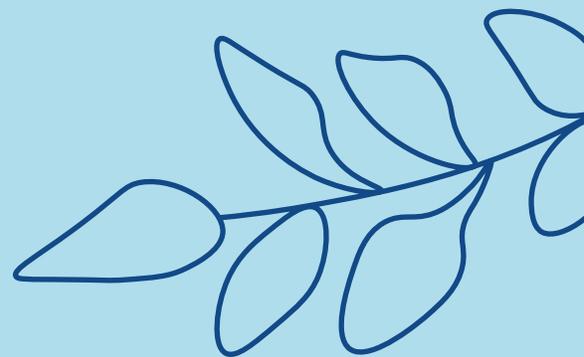
Je déclare donc, qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2023.

Le président-directeur général,



Philippe Gribeauval

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.

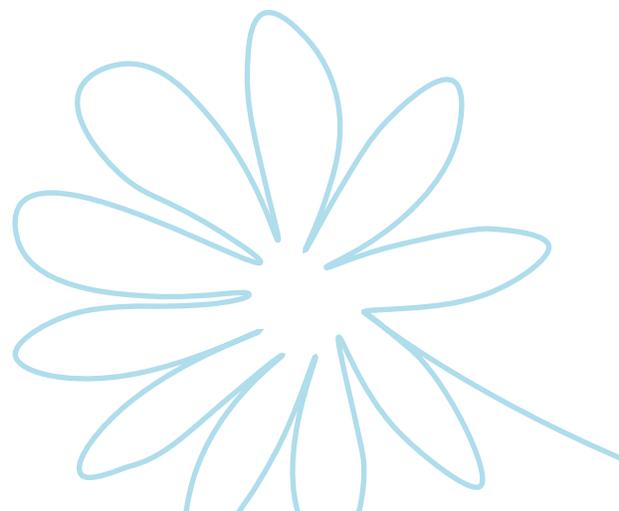
Notre vision

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

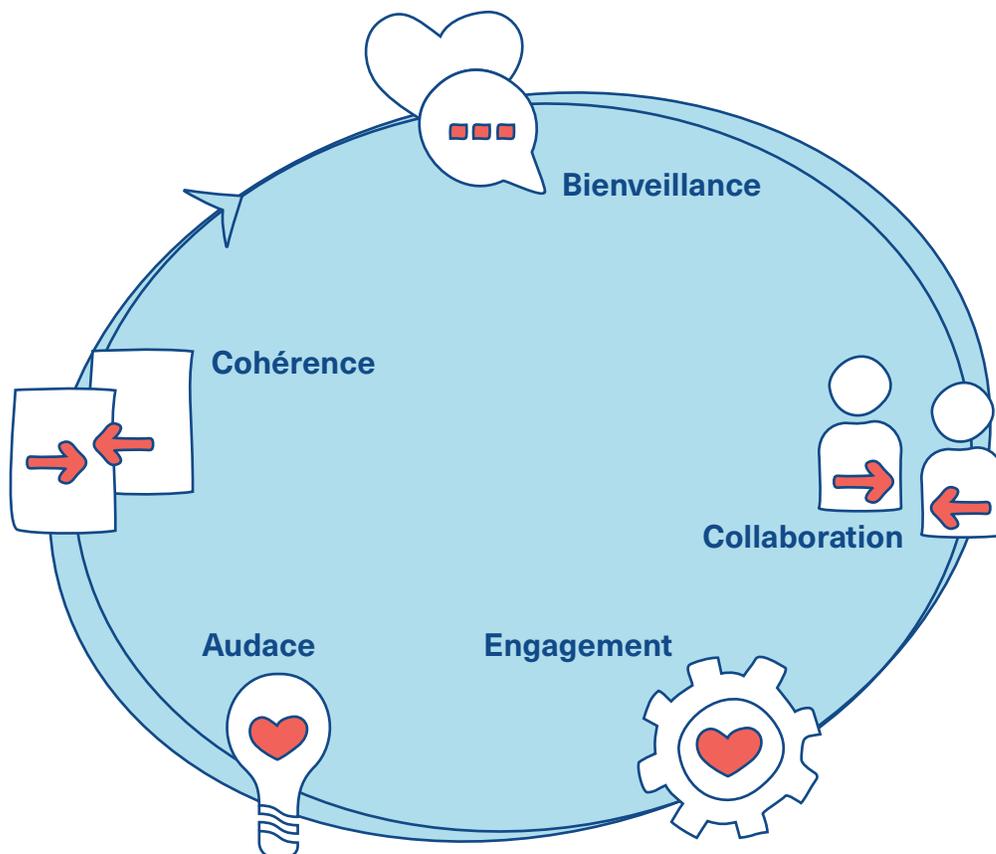
Les ambitions du CISSS de la Montérégie-Ouest ont été élaborées dans le but que l'organisation s'approprie et actualise la vision ministérielle telle que définie dans sa planification stratégique et qu'elle communique ses aspirations. À travers celles-ci et en osant innover dans ses façons de faire,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

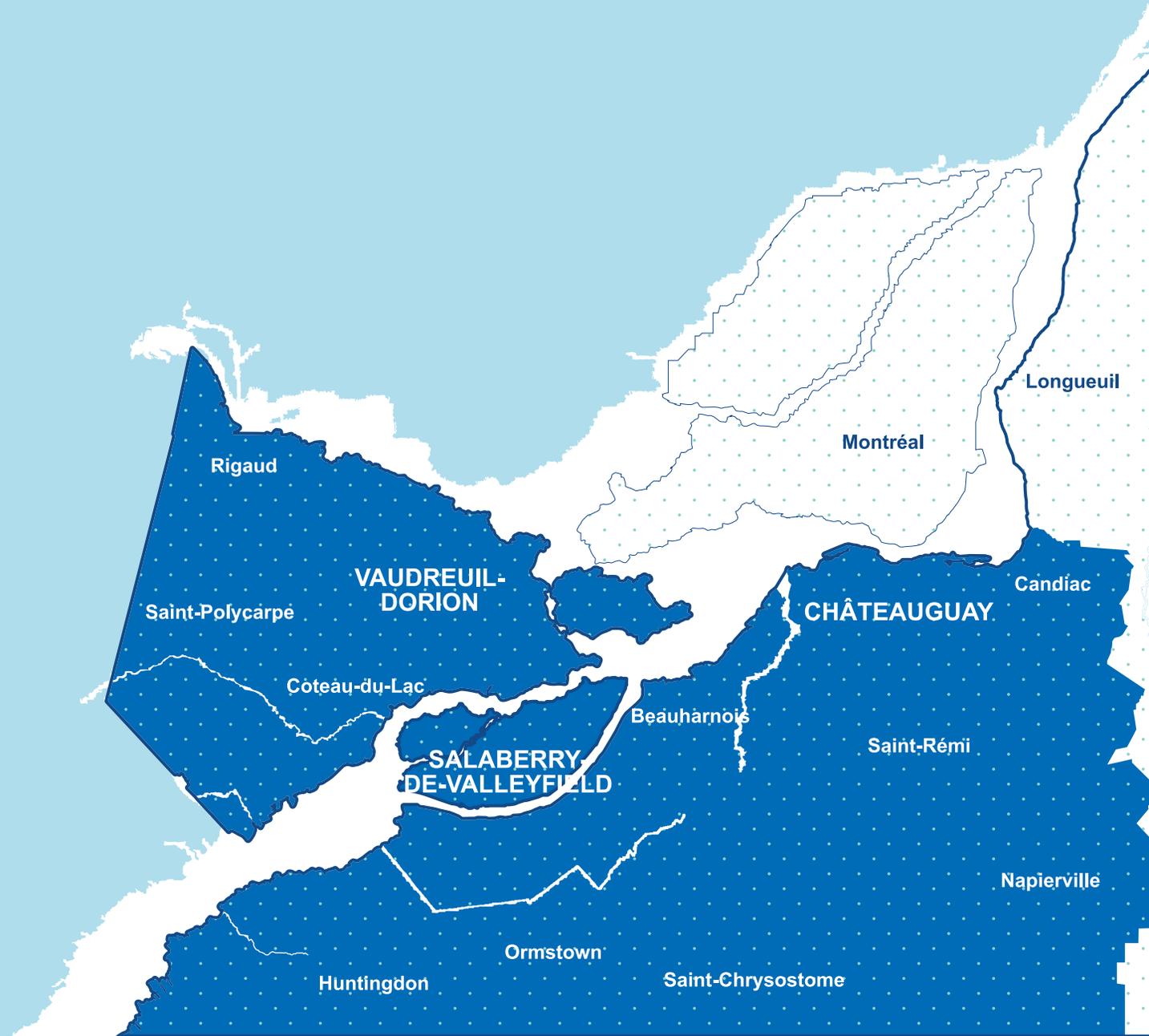
Cohérence

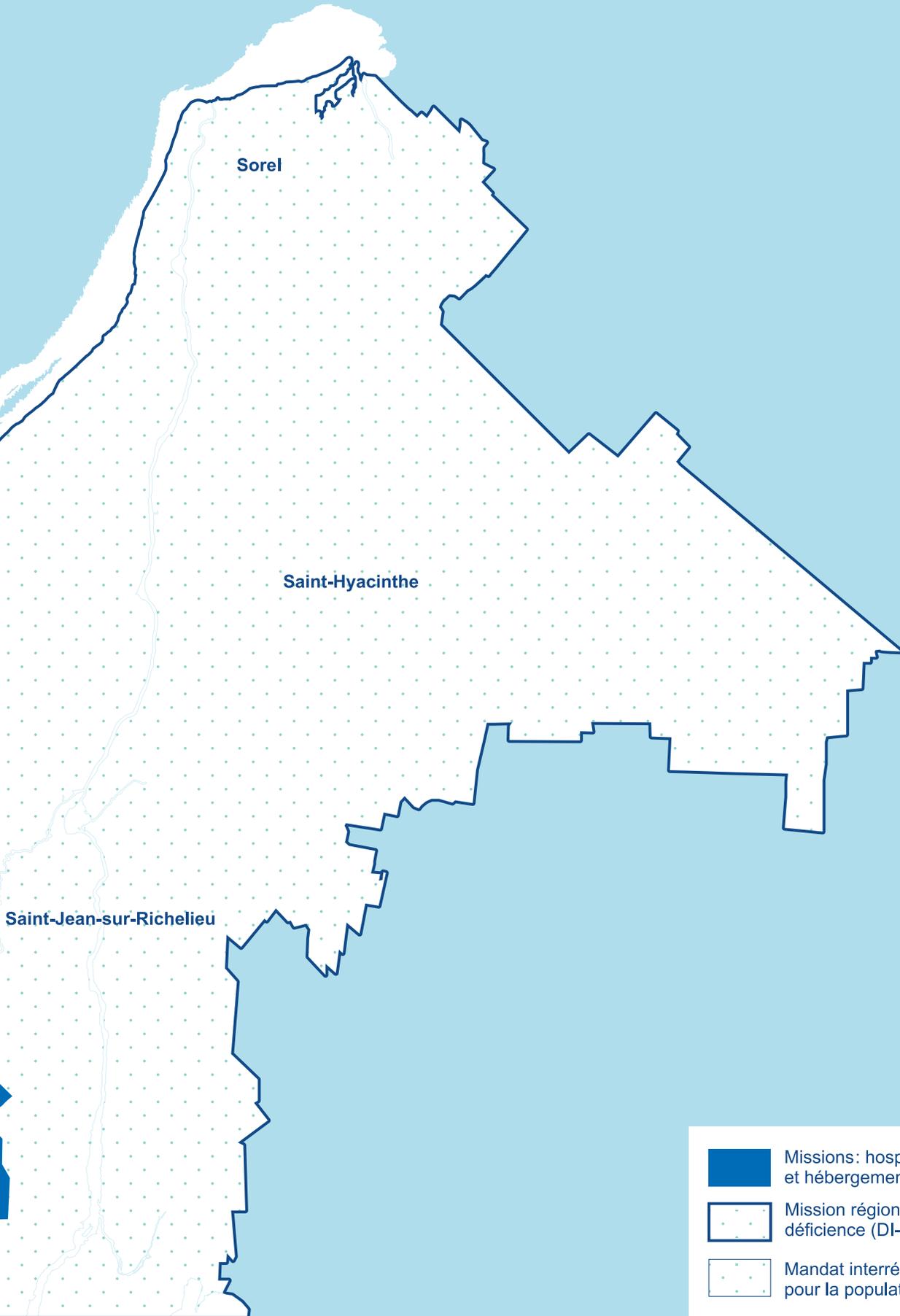
Décider et agir avec pertinence et équité, et être solidaire de nos orientations communes.

«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





Services offerts

Le CISSS de la Montérégie-Ouest emploie plus de 11 000 personnes, 566 médecins*, dont 285 omnipraticiens et 281 spécialistes, répartis dans 117 installations. Offrant des services généraux et des soins courants (1^{re} 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.

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

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 offerts 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):

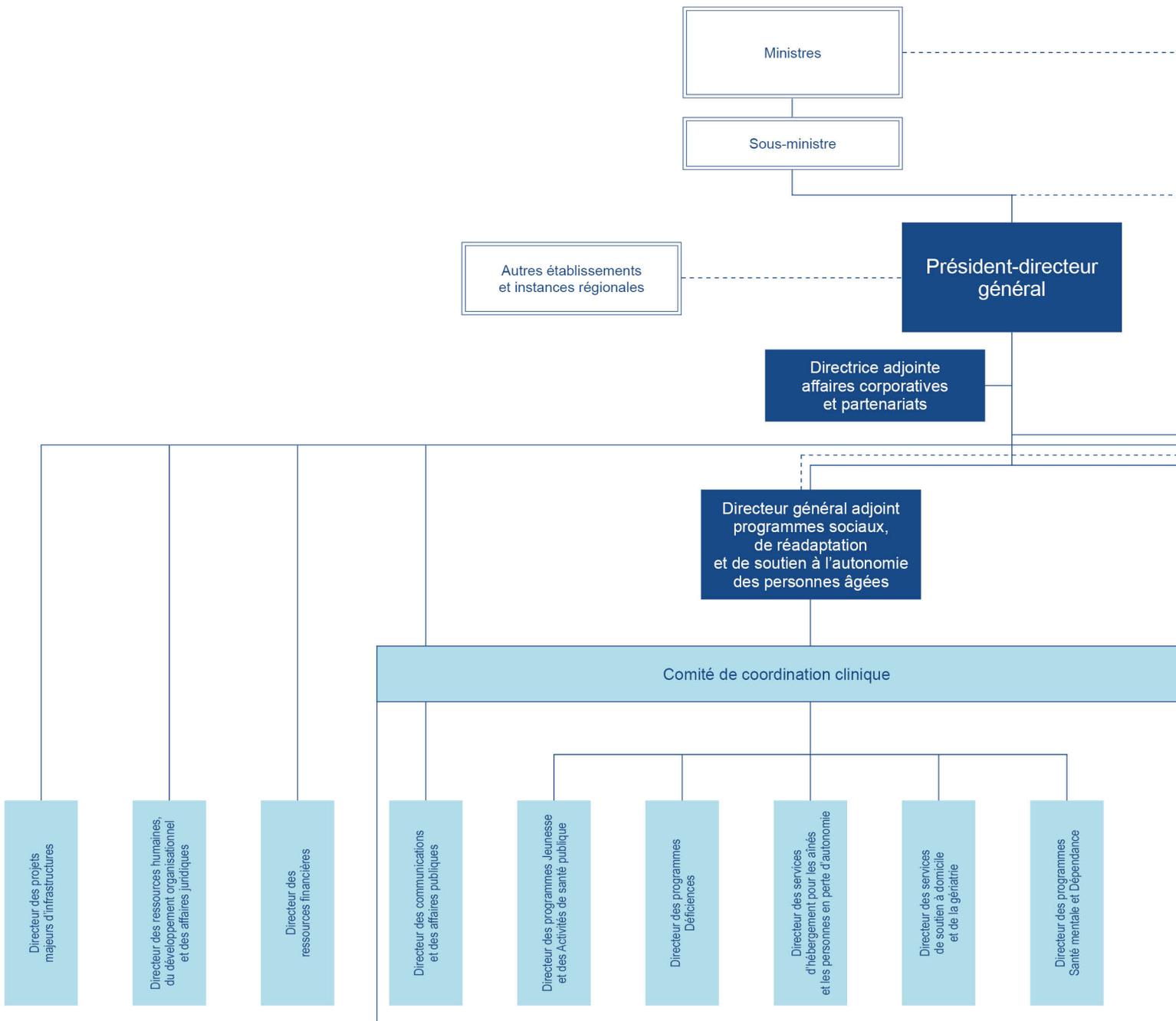
- des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, une dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent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

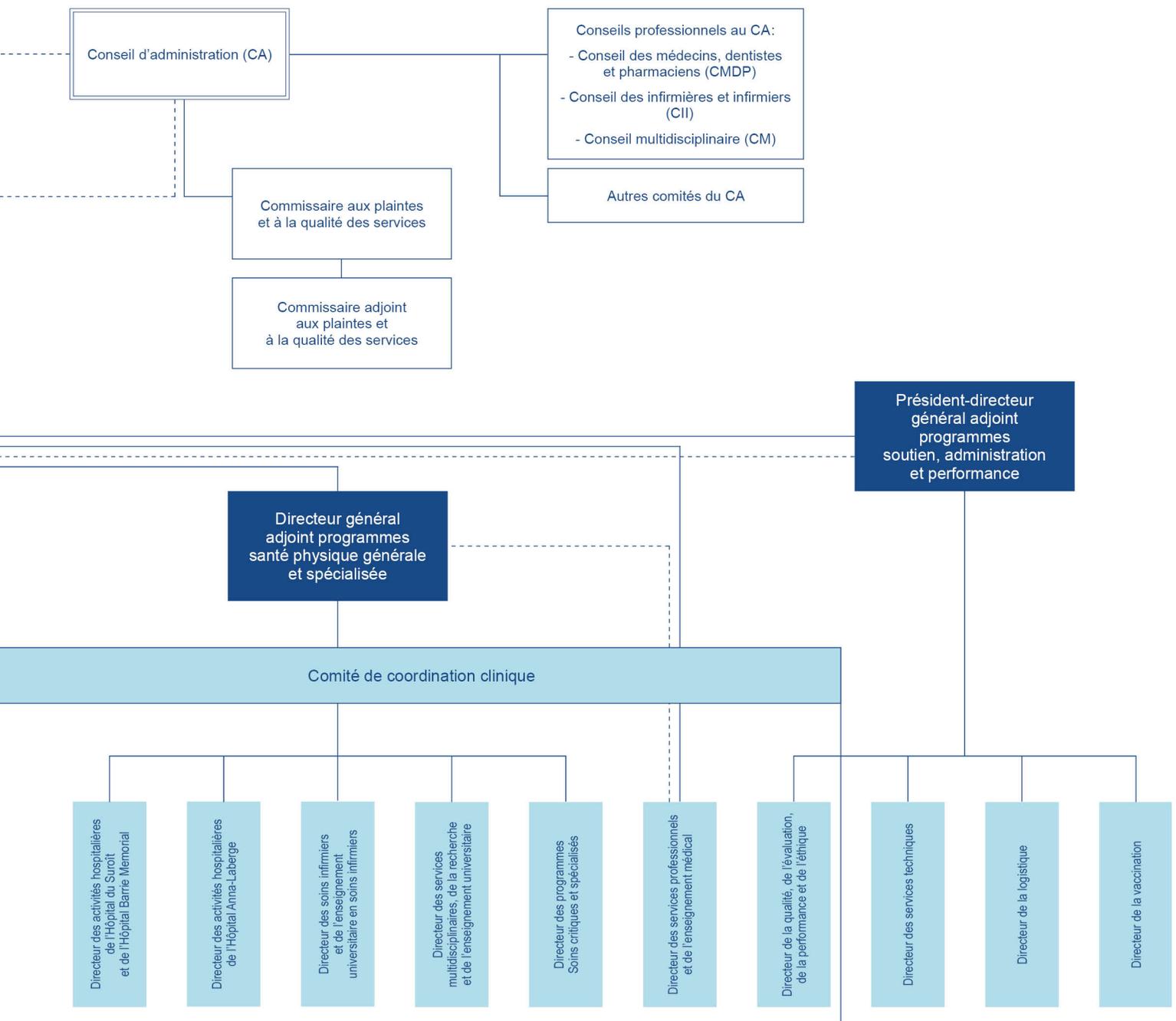
Pour plus d'information sur l'ensemble des soins et services que nous offrons à la population, rendez-vous sur notre site Internet à : santemonteregie.qc.ca/ouest.

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

Structure de l'organisation

Au 31 mars 2023





Comité de direction

Au 31 mars 2023

Direction générale

Philippe Gribeauval

Président-directeur général

Patrick Murphy-Lavallée

Président-directeur général adjoint
des programmes soutien, administration
et performance

Bernard Cyr

Directeur général adjoint des programmes
santé physique générale et spécialisée

Dominique Pilon

Directeur général adjoint des programmes
sociaux, réadaptation et soutien
à l'autonomie des personnes âgées

Annie Poirier

Directrice adjointe des affaires corporatives
et partenariats

Directions

Patrick Murphy-Lavallée

Directeur des projets majeurs
d'infrastructures par intérim – cumul
de postes

Normand Gaudet

Directeur de projet des deux maisons
des aînés et maisons alternatives
et du projet de maison régionale
pour jeunes adultes polyhandicapés –
poste temporaire

Marie-Josée Parent

Directrice des ressources humaines,
du développement organisationnel
et des affaires juridiques par intérim

Gilles Villeneuve

Directeur des ressources financières
par intérim

François Brochu

Directeur des communications
et des affaires publiques

Isabelle Papineau

Directrice des programmes Jeunesse
et des Activités de santé publique

Jean-Marc Ricard

Directeur des programmes Déficiences

Martine Daigneault

Directrice des services d'hébergement
pour les aînés et les personnes
en perte d'autonomie par intérim

Isabelle Lefebvre

Directrice des services de soutien
à domicile et de la gériatrie

David Gaulin

Directeur des programmes Santé mentale
et Dépendance

Nancy Malenfant

Directrice des activités hospitalières
de l'Hôpital du Suroît et de l'Hôpital Barrie
Memorial

Éric St-Onge

Directeur des activités hospitalières
de l'Hôpital Anna-Laberge

Marie-Ève Sévigny

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

Hélène Lamalice

Directrice des services multidisciplinaires,
de la recherche et de l'enseignement
universitaire

Lyne Daoust

Directrice des programmes
Soins critiques et spécialisés

Dr Gaétan Filion

Directeur des services professionnels
et de l'enseignement médical

Caroline Lavoie

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

Alain Desmarais

Directeur des services techniques

Vincent Tam

Directeur de la logistique et
Directeur de la vaccination –
poste temporaire

Conseil d'administration

Liste des membres au 31 mars 2023

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

Membres nommés

Philippe Gribeauval

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

Jean-Claude Lecompte

Milieu de l'enseignement

Membres désignés

Sandra Chapados

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Dre Cynthia Landry

Département régional de médecine générale (DRMG)

Richard Ménard

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Patricia Quirion

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Dr Ghislain Rivet

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Poste vacant

Conseil multidisciplinaire (CM)

Membres indépendants

Claude Jolin

Président – Compétence en gouvernance et éthique

Hugo Desrosiers

Vice-président – Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

Stéphane Beaudry

Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité

Pierre Gingras

Compétence en ressources immobilières, informationnelles et humaines

André Halley

Expertise en santé mentale

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

Poste vacant

Expertise en réadaptation

Membre observateur

Judith Cailhier

Membre désignée par et parmi 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 2022-2023. 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 dans la section du conseil d'administration.

Comités, conseils et instances consultatives

Comités du conseil d'administration

Comité ad hoc – 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 et organisationnelle (CÉCO)

Faits saillants de l'établissement

En action pour améliorer l'accès aux soins

Arrivée d'un deuxième *scan* à l'Hôpital Anna-Laberge

L'arrivée d'un deuxième *scan* à l'Hôpital Anna-Laberge en juillet dernier a permis de réaliser près de 7 000 examens supplémentaires. Voilà qui fait une énorme différence pour les usagers qui ont accès à leurs examens diagnostiques dans un temps opportun. Grâce à la mobilisation des équipes ainsi qu'à l'ajout de ce nouvel équipement, 95% des requêtes à l'Hôpital du Suroît pour un examen électif primaire en imagerie médicale ont été faits dans un délai d'attente inférieur ou égal à 90 jours alors que nous avons atteint un taux de 100% pour l'Hôpital Anna-Laberge.

Congé précoce assisté pour la clientèle ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC)

Débuté en cours de pandémie dans le secteur ouest de la Montérégie, le congé précoce assisté (CPA) offert à la clientèle AVC, mais également aux autres usagers en déficience physique (DP) pouvant bénéficier d'une telle offre de réadaptation intensive à domicile à la sortie de l'hôpital, a su faire ses preuves, et ce, depuis ses débuts. Un budget récurrent a ainsi été confirmé par le MSSS, nous permettant de déployer cette offre de services spécialisés en DP à l'ensemble des usagers en Montérégie.

Hébergement à domicile: une offre bonifiée au bénéfice de nos usagers

En raison des besoins de la population vieillissante qui s'accroissent et du manque important de places d'hébergement sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest, le nombre d'heures de soutien à domicile (SAD) a plus que triplé au cours des cinq dernières années. Cette intensification des besoins va jusqu'à ce que l'on appelle l'hébergement à domicile, soit des usagers requérant en moyenne 12 heures et plus d'heures de soins par jour, mais pouvant aller jusqu'à une intensité de 24 h sur 24 h. Pour répondre à cette intensité et permettre l'hébergement à domicile, nous avons dû innover en créant des postes de jour, de soir et de nuit de préposés aux bénéficiaires (PAB) dans les équipes de soutien à domicile. Une nouveauté en SAD! L'équipe compte maintenant plus de 70 PAB à domicile. L'intégration de ce nouveau titre d'emploi a permis jusqu'ici de maintenir chez soi plus de 500 usagers dans l'attente de leur place en hébergement de longue durée, totalisant près de 426 883 heures de services en 2022-2023.

Réorientation des conditions de santé non urgente au soutien à domicile par l'application Rendez-vous santé Québec

Afin d'éviter l'utilisation des urgences lorsque ce n'est pas requis, le Service de soutien à domicile a mis en place un projet afin de doter les équipes en soutien à domicile (SAD) d'une nouvelle option pour accéder à des plages de rendez-vous en clinique médicale pour les usagers présentant un problème de santé considérée non urgente. Depuis le début de cette initiative, plus de 105 usagers sur les territoires de Jardins-Roussillon, du Suroît et du Haut-Saint-Laurent, ont été dirigés vers des cliniques médicales, évitant ainsi des passages à l'urgence.

Rehaussement des services de la médecine de jour

De nombreux efforts ont été déployés pour rehausser les services pour les usagers des hôpitaux. C'est ainsi que le projet « Optimisation et rehaussement de la médecine de jour » a été mis de l'avant. L'objectif est de rendre la médecine de jour plus accessible et assurer l'accès à des activités de soins nécessitant le plateau technique de l'hôpital, tels que le service d'investigation, l'imagerie médicale, etc. Ainsi, nous avons notamment développé de nouvelles cliniques en médecine de jour comme l'allergologie et plaies complexes à l'Hôpital Anna-Laberge et stomie à l'Hôpital du Suroît.

Depuis le début de l'année 2023, la médecine de jour a augmenté ses heures d'ouverture de plus de 70% à l'Hôpital Anna-Laberge. En plus d'allonger les heures en semaine, les services sont maintenant offerts les fins de semaine ainsi que durant les jours fériés. Ce rehaussement permet de donner des congés précoces de l'hôpital, tout en assurant les soins requis aux usagers, ce qui contribue à libérer des places dans nos urgences.

Infirmières praticiennes spécialisées (IPS): une ressource précieuse pour l'organisation

Durant la dernière année, deux IPS en santé adulte intégrées à la pratique médicale de la médecine interne dans les hôpitaux ont été introduites et elles ont mis en place une clinique d'insuffisance cardiaque. Par ailleurs, le projet d'IPS à l'unité de niveau de soins alternatifs à l'Hôpital du Suroît s'est poursuivi. Aussi, une clinique de désengorgement a été créée afin de libérer les urgences. Cette clinique se situe à l'unité d'enseignement de médecine de famille, voisine de l'Hôpital Anna-Laberge. Les IPS ont rencontré plus de 110 usagers, la moitié provenant du Guichet d'accès à la première ligne et l'autre moitié, des groupes de médecine de famille.

Durant la dernière année, deux IPS en santé adulte intégrées à la pratique médicale de la médecine interne dans les hôpitaux ont été introduites et elles ont mis en place une clinique d'insuffisance cardiaque [...] Aussi, une clinique de désengorgement a été créée afin de libérer les urgences.

Hausse du nombre de chirurgies dans nos blocs opératoires

Grâce à la mobilisation des différents intervenants impliqués dans la trajectoire de l'utilisateur; préopératoire, peropératoire et postopératoire, nous avons réalisé une hausse de plus de 10 % du nombre de chirurgies dans nos deux blocs opératoires, pour un total de 7 600 chirurgies en 2022-2023. Le nombre de chirurgies d'un jour a aussi augmenté de 655 chirurgies par rapport à l'an dernier, soit une hausse de 20 %. Rappelons que tout en assurant la sécurité des usagers ainsi que la qualité des services, ces augmentations notables au niveau des chirurgies d'un jour permettent une meilleure utilisation des lits d'hospitalisation.

Attraction, rétention et bien-être au travail

Une nouvelle marque employeur inspirante

Cette année, nous avons retravaillé le positionnement de notre marque employeur pour qu'elle soit distinctive et qu'elle nous positionne comme un employeur de choix unique. Une grande démarche de recherche s'est mise en place auprès de notre personnel et nous a permis de dresser un portrait clair de l'expérience employé offerte par notre établissement. C'est ainsi que nous avons lancé à l'hiver 2023 notre nouvelle marque employeur inspirée des échanges que nous avons eus avec nos employés: pour que votre humanité s'exprime pleinement. Bien plus que des mots, cette signature caractérise notre organisation. Elle est également une promesse que nous faisons à nos employés actuels et futurs. Au CISSS de la Montérégie-Ouest, nous croyons en vous et en votre développement!

Au CISSS de la Montérégie-Ouest: on vous souhaite la bienvenue

L'accueil et l'intégration de nos employés sont essentiels à la réussite de leur entrée en fonction. Afin de soutenir les efforts pour agrémenter les premiers jours de notre personnel, nous avons créé à l'automne une nouvelle cyberlettre leur étant destinée. En plus d'un mot de bienvenu de notre président-directeur général, nos nouveaux employés y trouvent en un seul endroit tous les détails concernant l'intranet et les cyberlettres de l'organisation, comment s'abonner à notre groupe privé Facebook et nos différentes plateformes de médias sociaux, les contacts à garder sous la main, différents documents et liens Web utiles. Bref, un outil pratique pour les guider et faciliter leurs premiers pas avec nous. À ce jour, 650 nouveaux employés ont reçu notre cyberlettre pour un taux d'ouverture de 90 %. Une belle réussite!

Prévention, promotion et mieux-être au travail

Afin de soutenir plus efficacement ceux et celles qui font une différence dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous avons lancé, au cours de l'été, le programme «Active ton mieux-être». Cette initiative gratuite pour le personnel est chapeautée par notre kinésologue qui propose des exercices adaptés aux différents besoins des employés de notre CISSS.

Plusieurs interventions de groupe ont été réalisées pour améliorer la santé physique et psychologique de nos travailleurs. Notre kinésologue offre des pauses actives au travail tout en améliorant la gestion du stress et de la douleur pouvant nuire à la qualité des services proposés à la population.

À l'écoute des besoins de nos populations vulnérables

Inauguration de la Maison régionale pour jeunes adultes polyhandicapés - Maison des Tournesols

Issu de l'agrandissement du CHSLD Cécile-Godin, ce projet, qui se veut novateur, permet à dix jeunes adultes d'avoir un chez-soi adapté qui répond à leurs besoins et ceux de leurs familles. Il réunit des professionnels de notre organisation, issus de directions différentes, et ce, afin d'offrir une offre de service complète où l'expertise en hébergement de soins de longue durée et l'expertise pour nos usagers ayant une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience physique (DP) sont combinées. Il est important de souligner le travail de partenariat avec la Fondation de l'Hôpital Anna-Laberge et la Fondation de l'Hôpital du Suroît pour la campagne de financement afin de munir la Maison des Tournesols d'équipements adaptés aux besoins de nos usagers.

Le Réseau des Éclaireurs a réellement pris son envol en 2022-2023

Une équipe composée d'organismes communautaires, de travailleurs sociaux et d'agents de prévention promotion recherche, ont relevé le défi de mettre en place les premières bases d'un Réseau d'Éclaireurs sur notre territoire. Ce «réseau» a pour but d'augmenter la capacité d'adaptation et de résilience des individus et de la communauté en contexte de pandémie et de postpandémie. Il s'inscrit dans le cadre du Plan d'action interministériel en santé mentale. L'objectif de cette action est de mobiliser, le CISSS de la Montérégie-Ouest, ses partenaires communautaires, scolaires, institutionnels, ainsi que sa population de tous âges, afin de détecter et de diriger toutes personnes en situation de détresse psychologique et de contribuer à la mise en place d'activités de résilience communautaire par la promotion d'une santé mentale positive.

Au terme de cette année, c'est plus de 70 activités qui ont reçu un accompagnement du Réseau des Éclaireurs. Grâce à la mobilisation de tous les milieux, nous avons recruté 188 «Éclaireurs» dans la communauté, dont 150 sont actifs. En collaboration avec les centres de crise et de prévention du suicide La Maison Sous les Arbres et le Tournant, ces citoyennes et citoyens ont reçu une formation et un accompagnement pour être en mesure de reconnaître les signes de détresse, de soutenir et de référer vers les ressources appropriées.

Aire ouverte: un site, une équipe et un réseau intégré conçus par, avec et pour les jeunes de 12 à 25 ans

Ce programme ministériel, Aire ouverte, permet d'offrir des services adaptés à la réalité des jeunes. En Montérégie-Ouest, le premier site principal a vu le jour le 1^{er} avril 2022 à Salaberry-de-Valleyfield et le site satellite le 1^{er} juillet 2022 à Huntingdon. Ces deux sites sont accessibles selon des horaires variables, flexibles, mais surtout adaptés à la réalité des jeunes. Ce service est offert à tous les jeunes de 12 à 25 ans vivant des difficultés, qui hésitent à faire appel aux services en place et qui sont en situation de vulnérabilité, de défavorisation, d'exclusion sociale ou qui sont marginalisés. D'ailleurs, une vingtaine d'entre eux participent à la construction de l'offre de service par le biais des comités locaux de jeunes. Si l'actualisation des services d'Aire ouverte se fait pour et avec les jeunes, elle se réalise également en collaboration avec des partenaires de la communauté tels que les centres de services scolaires, les organismes communautaires, le réseau de l'emploi et les municipalités.

Au terme de cette première année du programme Aire ouverte, près de 250 jeunes ont reçu des services alors qu'un peu plus de 1 000 interventions ont été effectuées. Une centaine d'activités de démarchage ont également été effectuées tout au long dans les milieux en proximité avec les jeunes.

Ouverture d'une unité de réadaptation comportementale intensive Jeunesse

L'unité de réadaptation comportementale intensive (URCI) pour les enfants de 6 à 17 ans présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme a ouvert ses portes en mai 2022. Située à Longueuil, cette nouvelle unité accueille actuellement 9 usagers. Sélectionné par le MSSS comme le seul projet de démonstration pour la clientèle jeunesse, il permettra de mettre en lumière les meilleures pratiques et d'être un modèle exportable par la suite dans toutes les régions du Québec.

nos PPA depuis plusieurs années ont été rejoints, ouvrant la porte à de précieuses collaborations du milieu communautaire dans la suite des travaux en proche aide.

Modernisation des technologies

Dossier clinique informatisé (DCI)

Le projet d'informatisation des dossiers cliniques consiste à rehausser la solution actuellement

Sélectionné par le MSSS comme le seul projet de démonstration pour la clientèle jeunesse, l'URCI permettra de mettre en lumière les meilleures pratiques et d'être un modèle exportable par la suite dans toutes les régions du Québec.

Vers une meilleure reconnaissance de nos personnes proches aidantes

Dans la foulée de la mise en œuvre du nouveau Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes (PPA), l'arrivée d'une spécialiste en matière de proche aide au CISSS de la Montérégie-Ouest a permis de mettre de l'avant plusieurs initiatives reliées aux personnes proches aidantes au cours de la dernière année. En effet, plus de 530 de nos employés et gestionnaires ont été sensibilisés aux réalités et enjeux liés à la proche aide, par l'entremise d'une trentaine de présentations et de nombreuses discussions sur le sujet. Celles-ci ont aussi mis en lumière la grande bienveillance de nos équipes à l'égard des personnes proches aidantes. De plus, grâce à l'accueil de divers regroupements et de tables de concertation de la Montérégie, plus de 60 organismes communautaires locaux qui œuvrent auprès de

utilisée à l'Hôpital Anna-Laberge et à la déployer dans l'ensemble de nos installations. En 2022, le rehaussement du DCI actuel, nommé Hélios, a été complété. Une tournée pour recenser les besoins en équipements informatiques associés au déploiement du nouveau DCI nommé HARRIS a été réalisée. De plus, une équipe de pilotage a également été mise sur pied pour préparer, élaborer, valider et tester le nouveau DCI. Dans la première phase du projet, des interfaces seront déployées pour les laboratoires, la radiologie, la pharmacie, et la numérisation. Les retombées positives de ce projet pour les intervenants et les médecins sont un gain en efficacité et en temps. Pour les usagers, cela signifie qu'ils obtiendront une meilleure qualité et continuité de soins, et une prise en charge plus rapide.

Installation de chariots de remise en température dans nos CHSLD

Afin d'assurer la meilleure expérience qui soit pour nos résidents en CHSLD, le service alimentaire du CISSS de la Montérégie-Ouest doit relever le défi d'une bonne gestion des températures des aliments servis. Pour ce faire, l'équipe a opté pour les chariots de remise en température, équipement à la fine pointe de la technologie, conçus pour le transport et la distribution des repas fraîchement préparés. Ils permettent le maintien au chaud des repas tout en assurant le refroidissement des aliments à conserver au frais. Ainsi, le personnel peut servir des repas de meilleure qualité à la bonne température grâce à un équipement sécuritaire, ergonomique et facile à utiliser.

En 2022, nous avons implanté ces chariots au CHSLD de La Prairie, de Vaudreuil-Dorion et de Châteauguay, portant ainsi le nombre total de CHSLD équipés de cette technologie à huit sur onze pour le territoire de la Montérégie-Ouest. Au cours de la prochaine année, nous souhaitons implanter ces chariots chauffants aux trois derniers CHSLD du territoire, soit au CHSLD Docteur-Aimé-Leduc, d'Ormstown et du Comté-de-Huntingdon.

Une meilleure accessibilité aux données

Dans la dernière année, le Service de gestion et d'évaluation de la performance a travaillé à la mise en place d'une culture d'intelligence d'affaires au sein de l'organisation. Avec l'implantation d'un nouvel outil, Power BI, il sera maintenant possible de rendre plus visibles les différentes données du CISSS afin d'effectuer des analyses plus riches, mais également prendre des décisions éclairées et appuyées. En plus de cet outil, un nouveau rôle, le partenaire d'intelligence d'affaires, a été instauré au sein de chacune des directions. Ces personnes désignées contribueront à faire vivre cette nouvelle culture en transmettant les bonnes pratiques d'intelligence d'affaires.

L'équipe a opté pour les chariots de remise en température, équipement à la fine pointe de la technologie, conçus pour le transport et la distribution des repas fraîchement préparés. [...] Ainsi, le personnel peut servir des repas de meilleure qualité à la bonne température grâce à un équipement sécuritaire, ergonomique et facile à utiliser.

Pharmacie

La modernisation et l'harmonisation complète de la gestion du circuit du médicament ont été instaurées par le déploiement d'un système d'information de la pharmacie. Plus de 20 000 ordonnances ont été transférées d'un système à l'autre. Ce changement implique la gestion des ordonnances, des préparations stériles, des narcotiques, des cabarets d'urgence, des cabinets automatisés et de la robotisation. L'objectif est de renforcer la sécurité et la qualité des services offerts. Ce nouveau système apporte plusieurs bénéfices en matière d'harmonisation des pratiques et des méthodes de travail, et ce, afin de permettre davantage de flexibilité et de partage de connaissances.

Imagerie médicale

L'implantation d'un système de reconnaissance vocale unifiée en imagerie médicale amène une disponibilité du rapport dès l'interprétation. Ce sont donc 100% des rapports qui sont transcrits en 7 jours ou moins, voire même en quelques minutes seulement, comparativement à des délais de transcription qui pouvaient s'échelonner jusqu'à 11 semaines auparavant. Cela permet aux médecins référents un accès rapide aux résultats d'examen en plus d'optimiser le service à la population.

Prix et bon coup

Projet Co-Vie : récipiendaire d'un Prix d'excellence

Le projet Co-Vie offre des services de réadaptation pour les personnes atteintes de la COVID longue. Réalisée en partenariat avec l'Université de Sherbrooke, cette initiative a remporté le prix d'excellence Collaboration scientifique de l'Institut d'administration publique du Québec.

Régulation des demandes de services préhospitaliers d'urgence

Ce projet débuté à l'été 2021 se poursuit et se peaufine au fil du temps. D'avril à décembre 2022, 850 transports ambulanciers, dont 492 visites à l'urgence ont pu être évitées. Comparativement aux données antérieures à la régulation, une analyse des résultats a permis de démontrer une baisse de 12% des usagers arrivés par ambulance et priorisé P4 au triage (échelle de priorité de P1 à P5 – P1-P2-P3 étant considéré comme urgent). Ces données démontrent l'importance de poursuivre les efforts afin d'optimiser le processus. Entre autres, l'étalement des heures de couverture la fin de semaine, la promotion de la contribution des paramédics ainsi que l'optimisation des autres trajectoires que celles de l'urgence et du transport ambulancier font partie des mesures actuellement en cours.

D'avril à décembre 2022, 850 transports ambulanciers, dont 492 visites à l'urgence ont pu être évitées.

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



Entente de gestion et d'imputabilité

Chapitre III: Attentes spécifiques

No	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100%
1.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès.	<p>Le remplacement d'un processus vieux d'une certaine d'années représente un des ajustements dans les processus actuellement en place. En effet, le délestage du format papier du bulletin de décès et de sa transmission par courrier postal au profit de l'utilisation d'un formulaire informatisé et de sa transmission électronique requerra certains ajustements à l'organisation du travail dans le réseau sociosanitaire et hors réseau.</p> <p>Dans ce contexte, des mesures de gestion du changement doivent être prévues. Il est attendu que les CISSS et les CIUSSS de même que les CHU et les IU se préparent à accueillir cette nouvelle solution afin qu'elle soit adoptée par les intervenants concernés. Ces derniers doivent bénéficier du soutien nécessaire pour maîtriser et utiliser la version électronique du SP-3 et délaissier la version papier.</p>	R
1.2	Promouvoir l'inscription à l'avis de grossesse informatisé.	<p>Les établissements devront participer à l'effort provincial d'implanter l'avis de grossesse dans chaque région du Québec. Des intervenants avis de grossesse ont été embauchés dans chaque CISSS et CIUSSS. Ces derniers doivent réaliser des tâches liées à l'avis de grossesse (ex. : recevoir et traiter les formulaires avis de grossesse, référer les femmes enceintes vers les services appropriés), de façon à répondre aux besoins de la clientèle cible. Les CISSS et les CIUSSS devront également faire la promotion de l'avis de grossesse au sein de leur réseau territorial de services. Des outils de communication ont été développés par le MSSS, tels que des affiches imprimables, des feuillets d'information à la population, des vidéos, etc. Les CISSS et les CIUSSS devront utiliser ces outils pour faire la promotion de l'avis de grossesse sur leur territoire, notamment en faisant des liens avec les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les villes, etc.</p>	R
1.3	Augmenter la couverture vaccinale des programmes offerts en milieu scolaire (primaire et secondaire).	<p>Il est attendu, en vertu et conformément aux responsabilités territoriales et populationnelles qui leur sont confiées, que les CISSS et CIUSSS, avec le soutien des directeurs de santé publique, assurent la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les milieux scolaires (primaire et secondaire) de leur territoire, incluant le rattrapage de la vaccination des cohortes d'élèves non vaccinés depuis 2019-2020.</p> <p>Les programmes de vaccination en milieu scolaire comprennent la vaccination contre les hépatites A et B et contre les VPH en 4^e année du primaire et celle contre le méningocoque de sérogroupe C, contre la diphtérie et le tétanos, contre l'hépatite B et contre les virus du papillome humain en secondaire 3.</p> <p>Une priorité devrait être portée à la vaccination réalisée au secondaire (3^e, 4^e, 5^e) afin de procéder au rattrapage avant que les enfants ne quittent le milieu scolaire. Les CISSS et CIUSSS doivent s'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre, formée et qualifiée pour réaliser cette vaccination.</p>	R

No	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100%
1.4	Consolider les effectifs au sein des directions de santé publique et les services de santé publique à mettre en œuvre pour faire face à la pandémie de la COVID-19.	Dans le cadre de ce financement, les CISSSS et CIUSSS doivent consolider l'embauche des effectifs des directions de santé publique afin d'assurer le déploiement d'interventions liées à la pandémie de la COVID-19. Les établissements auront à assurer un suivi auprès du MSSS sur les ressources humaines et les dépenses. Cette allocation représente une priorité du ministre qui se traduit par un investissement annuel de 76 M\$ annoncé dans le budget 2021-2022.	R
2.1	Planter des sites Aire ouverte offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans.	Les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement, par rapport à l'année précédente, quant au déploiement de leur site Aire ouverte, de l'embauche de leur équipe dédiée et l'adaptation de leur offre de service afin qu'elle soit ajustée à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans.	R
2.2	Planter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie (PQPTM) dans l'ensemble de la trajectoire de services en santé mentale adulte et jeunesse.	Afin d'être conformes à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard à l'accessibilité des services en santé mentale, par leurs mécanismes d'accès. Ces mêmes établissements déploient également les étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes du PQPTM. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus, du nombre d'usagers en attente et des délais d'attente, au déploiement du PQPTM et à l'adaptation de leur offre de service afin qu'elle soit ajustée aux étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes.	R
2.3	Soutenir le réseau d'éclaireurs et d'équipes relais en santé psychosociale et mentale.	Les établissements devront faire état du déploiement du réseau d'éclaireurs.	R
2.4	Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.	Les établissements visés devront rédiger un plan d'amélioration des services de proximité présentant les actions prioritaires visant à améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Le plan d'amélioration des services de proximité devra prendre en compte le principe directeur, l'approche et les orientations du cadre de référence : améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.	Annulée
2.5	Améliorer l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale.	Afin d'être conformes à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard à l'accessibilité des services en santé mentale, et ce, afin d'être en conformité avec le de cadre de référence sur les mécanismes d'accès, dont le guichet d'accès en santé mentale fait partie intégrante. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus et de l'implantation de la gouvernance des mécanismes d'accès en santé mentale et des grandes fonctions des guichets.	R

No	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100%
3.1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).	<p>Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent prendre les actions pour s'assurer de mettre en place les meilleures pratiques cliniques, la mise en œuvre de la planification conjointe précoce des congés, la diminution du transfert et de l'accès à l'hébergement à partir du centre d'hébergement (CH), l'intensification de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et des pratiques pour éviter le déconditionnement et les actions structurantes pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assurer une capacité hospitalière adéquate afin de répondre aux besoins d'accès notamment à la chirurgie. 2. Maintenir un niveau acceptable d'usagers ayant un statut NSA tout en prenant en compte leurs délais d'attente par variable du relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier. 3. Soutenir la fluidité dans les urgences de la durée moyenne par séjour en contribuant à diminuer la durée de séjour des usagers sur civières par un accès plus rapide aux lits des CH lorsque requis et également diminuer le nombre de personnes ne requérant pas d'hospitalisation, mais en attente sur une civière pour un transfert dans la communauté à partir de l'urgence. <p>Les résultats attendus sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Une diminution du nombre d'usagers NSA hors délai dans les CH selon les délais prescrits et en vigueur. <ol style="list-style-type: none"> a. Ceci se traduit par l'atteinte d'une proportion située en deçà de 40 % de NSA hors délai /NSA totaux (variables 16P par établissement de provenance (responsabilité populationnelle) et en deçà de 30 % d'usager hors délai en variable huit évaluations-orientations. 2. Une diminution du nombre d'usagers hospitalisés qui occupent un lit, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent, faute de capacité pour les relocaliser dans la communauté pour bien répondre aux besoins de l'usager. <ol style="list-style-type: none"> a. Le nombre d'usagers NSA par installation doit se situer en dessous d'une proportion de 8 % par rapport aux lits disponibles. 	R
3.2	Adopter, déployer et mettre à jour la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées.	<p>Les établissements doivent rendre accessible leur Politique de lutte contre la maltraitance sur leur site Internet et désigner un responsable de sa mise en œuvre. Les établissements doivent, d'ici le 31 mars 2023, déployer les formations en maltraitance selon ces cibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un minimum de 85 % des employés en contact direct avec les personnes aînées, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial et un minimum de 30 % des cadres intermédiaires, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA, volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial suivront les formations Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées et Identification et signalement d'une situation de maltraitance envers une personne aînée; 2. un minimum de 50 % des travailleurs psychosociaux œuvrant auprès des personnes aînées, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA, de l'accueil psychosocial et de la Direction des services multidisciplinaires suivront la formation Intervention psychosociale à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées; 3. un minimum de 30 % des superviseurs cliniques qui relèvent de la Direction SAPA, de l'accueil psychosocial ainsi que de la Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire suivront la formation Supervision et soutien clinique dans la gestion des situations de maltraitance. 	R

No	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100%
3.3	Planter et suivre la phase trois des travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM).	<p>Conscient de l'importance de soutenir l'organisation des services pour les personnes vivant avec un TNCM et leurs proches, le MSSS veut poursuivre son accompagnement du réseau pour la consolidation d'une offre de service flexible qui s'adapte aux besoins particuliers de ces usagers. Cela se fait avec un souci d'efficacité, de qualité et d'intégration de la trajectoire particulière à ces usagers au sein du continuum de services pour les aînés.</p> <p>Le déploiement proposé s'appuie sur les apprentissages des deux premières phases. Sa réussite requiert de consolider les acquis à partir des groupes de médecine de famille (GMF) et des services de proximité. Elle nécessite également une démarche formalisée qui se traduit dans les lignes d'un plan d'action biennal. Pour y parvenir, le MSSS propose une série de moyens facilitateurs, dont le Processus clinique interdisciplinaire, des conditions gagnantes et des outils d'aide à la pratique. Ils s'inscrivent dans une approche privilégiée de soutien aux établissements sur la base des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles.</p>	R
3.4	Suivi des services offerts aux proches aidants (10 M\$).	<p>Des actions structurantes accompagnent ce projet de société dont un investissement de 10 M\$ qui a été annoncé en décembre 2019 et reconduit en 2020-2021, 2021-2022 et 2022-2023 permettant d'augmenter les services offerts directement aux personnes proches aidantes (information, formation, répit, présence-surveillance, dépannage, soutien psychosocial, etc.) pour l'ensemble des programmes services tels que soutien à l'autonomie des personnes âgées, déficience physique, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, santé mentale, dépendance/itinérance et santé physique. Une reddition de comptes sera à compléter pour les types de services octroyés, les centres d'activités, les programmes services visés et les sommes investies.</p>	R
3.5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.	<p>Les établissements doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir les structures et les processus en place pour permettre l'application des interventions ayant le plus d'impact clinique positif pour les aînés; • Offrir la formation du MSSS dédiée au personnel de soutien et aux bénévoles hors unité de soins et en unité de soins; • Encourager la contribution des personnes proches aidantes dans l'application d'interventions préventives, en fonction de leurs volontés et leur capacité d'engagement; • Réaliser des audits de pratique périodiques dans les urgences et les unités d'hospitalisation afin de vérifier l'application des interventions préventives en lien avec l'autonomie et la mobilité, la nutrition et l'hydratation ainsi que l'état mental, cognitif, comportemental et psychologique. 	R
4.1	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté.	<p>Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local concrétise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2019-2023, et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.</p>	R

No	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100%
5.1	<p>Mettre en place les mesures visant le renforcement et la coordination des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille afin de répondre aux besoins de ces derniers, en temps opportun.</p>	<p>Il est attendu que les établissements poursuivent la mise en œuvre des actions afin que les jeunes en difficulté et leur famille puissent avoir accès à des services de qualité en matière de prévention et d'intervention de proximité, et ce, en temps opportun. Ces services devront être rendus de manière à assurer la fluidité des collaborations avec les services de la protection de la jeunesse, le cas échéant, et être basés sur les meilleures pratiques en la matière. Nous estimons que la réalisation de ces actions contribuera à ce que l'application de la Loi de la protection de la jeunesse conserve son caractère d'exception.</p> <p>Trois actions sont attendues dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Documenter les effets observés en vue d'assurer la continuité d'un suivi conjoint à tous les enfants qui reçoivent des services de première ligne et qui sont évalués par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) afin de favoriser une transition à la suite de l'intervention de la DPJ. Lors d'un signalement, lorsqu'un enfant ou ses parents reçoivent des services en première ligne, poursuivre ces interventions jusqu'au terme de l'évaluation du signalement. 2. Assurer une réponse dans un délai maximal de 30 jours aux enfants ou parents référés par la DPJ vers les services de proximité. 3. Mettre en place des stratégies en vue d'assurer une trajectoire de services plus fluide entre le milieu scolaire et les services de proximité. 	R
6.1	<p>Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche.</p>	<p>Dans un premier temps, l'établissement doit réviser son processus d'autorisation des activités de recherche basée sur les meilleures pratiques identifiées dans le cadre du projet Stratégie québécoise des sciences de la vie et de la Table nationale des directeurs de la recherche en collaborant avec toutes les directions impliquées dans ce processus. De plus, il doit assurer un partage et un arrimage des pratiques avec les autres établissements du RSSS. En outre, il devrait prioriser le déploiement du projet d'optimisation de CATALIS au sein de l'établissement, notamment en assurant la disponibilité des ressources requises.</p> <p>Dans un deuxième temps, l'établissement doit se doter d'un cadre pour la production et le suivi de rapports de performance en se basant sur le rapport de performance CATALIS disponible dans la plateforme électronique Nagano. Des indicateurs clés du démarrage des études doivent être sélectionnés et suivis de façon étroite pour chaque activité de recherche soumise au processus d'autorisation en impliquant l'ensemble des services (recherche, clinique et administratif).</p> <p>Dans le cadre du processus d'autorisation optimisé, l'établissement doit notamment implanter des mesures visant à soutenir les cliniciens-chercheurs dans l'estimation plus exacte du nombre de participants pouvant être recrutés pour chaque essai clinique. Pendant la réalisation des essais, il doit également offrir des mesures concrètes pour aider les cliniciens-chercheurs à atteindre ces cibles. L'établissement devra également réduire de 25 % le délai moyen d'autorisation des activités de recherche au 31 mars 2023.</p>	Annulée

No	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100%
7.1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique.	<p>Le plan de modernisation technologique décentralisé de chaque établissement doit présenter les principales mesures technologiques que ce dernier prévoit réaliser en 2022-2023 et 2023-2024, avec une estimation de l'échéancier et des coûts d'implantation pour chaque mesure. Les mesures doivent contribuer à l'obtention de gains rapides et comprendre des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels.</p> <p>Dispose d'un menu contextuel muni d'indicateurs et de cibles annuelles sur le plan de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la pression sur le personnel; • Réduction des délais d'accès aux services pour le citoyen; • Amélioration de la qualité des services; • Respect de l'échéance, des coûts et de la portée de chaque mesure. <p>Le plan doit également couvrir minimalement les sujets suivants et respecter les directives émises par la Direction générale des technologies de l'information pour chacun de ces sujets, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moderniser les outils technologiques; • Rehausser la capacité en télécommunication et outils collaboratifs; • Rehausser la cybersécurité; • Prendre le virage vers l'infonuagique; • S'arrimer avec les projets de modernisation technologique nationaux; • Mettre en place les fondations nécessaires à l'implantation du dossier de santé numérique. 	R

Chapitre IV : Engagements annuels

Légende	
■	Atteinte de l'engagement annuel à 100 %
■	Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
■	Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %
N. A.	Non applicable
N. D.	Non disponible

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 2022	Engagement 2021-2022	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.	79,02 %	84 %	76,35 %	85 %
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF.	287 625	283 625	282 192	330 223

Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille : Le résultat est attribuable aux nombreux départs à la retraite de médecins de famille, à la suite desquels des mesures ont été prises pour la réinscription de leurs usagers au guichet d'accès de première ligne pour être pris en charge par un médecin de famille assurant la continuité de leurs soins et services de santé. Le recrutement projeté de médecins omnipraticiens d'ici 2024, dont 26 ont déjà confirmé leur arrivée en poste, va permettre de réinscrire progressivement ces usagers à un médecin de famille.

Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF : Le départ massif de médecins de famille à la retraite a impacté l'atteinte de l'engagement dont le résultat observé est à 85 %. Toutefois, des actions de mobilisation ont été faites pour qu'il n'y ait pas d'usagers qui restent orphelins. Ils sont davantage inscrits dans une liste d'assignation collective du guichet d'accès de première ligne pour être pris en charge par un groupe de médecine familiale (GMF).

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

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence.	28,47	15	33,10	23,60 heures
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire.	180	110	185	176 minutes

Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence : Nous travaillons activement à l'atteinte de l'objectif. Un comité de gestion de fluidité hospitalière, incluant les gestionnaires, la Direction générale et la partie médicale a mis en œuvre des mesures pour assurer une meilleure gestion des usagers n'ayant plus besoin du plateau technique médical, le tout en vue de permettre une meilleure fluidité hospitalière et organisationnelle et de réduire progressivement la durée moyenne de séjour. Depuis l'implantation de mesures, une diminution soutenue de la durée moyenne de séjour est observée, notamment dans les dernières semaines et les gains observés se poursuivront dans la prochaine année financière.

Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire : L'atteinte de l'engagement est à hauteur de 95 %. Cela est attribuable à la pénurie du personnel et l'absence d'un hôpital supplémentaire pour répondre aux besoins de la population de la Montérégie-Ouest. Malgré cela, des efforts ont été faits avec la collaboration du personnel en place pour assurer la prise en charge rapide des usagers afin de désengorger l'urgence. De plus, un comité de gestion hospitalière incluant les gestionnaires, la Direction générale et la partie médicale a identifié certaines mesures qui ont été mises en place permettant le désengorgement progressif des urgences des hôpitaux. Ces mesures sont, entre autres, l'implantation du repérage de la clientèle vulnérable dont leur soin ne requiert pas le plateau technique de l'urgence, la réorientation obligatoire des usagers ayant des problèmes non urgents et l'animation de salles de pilotage dont les résultats observés sont une meilleure fluidité dans les centres hospitaliers.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale.	1 044	960	657	812

Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale : L'engagement est atteint.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance.	10 381	10 300	9 961	10 440

Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance : Bien que la cible ne soit pas atteinte, nous considérons que l'engagement est atteint malgré l'écart observé entre le résultat et l'engagement puisque l'ensemble de demandes de services est répondu et qu'il n'y a pas de liste d'attente.

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois.	4 165	3 650	3 101	4 100
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours.	68,6%	75%	56,5%	85%
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours.	97,3%	90%	93,9%	90%

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois : L'engagement est atteint.

Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologie dans un délai inférieur ou égal à 28 jours : Le résultat observé est attribuable à la pénurie de main-d'œuvre spécialisée dans certains domaines et le manque de lits. Dans un tel contexte, les chirurgies oncologiques sont toujours prioritaires, à l'exception de certaines tumeurs très peu évolutives pour lesquelles les chirurgies sont repoussées au-delà du délai de 28 jours sans risque pour la santé de l'utilisateur. Toutefois, certaines mesures ont été mises en place dont l'établissement d'un partenariat avec les ressources humaines pour la rétention/attraction de la main-d'œuvre spécialisée et la protection d'un parc de lits pour le bloc opératoire.

Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours : L'engagement est atteint.

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 2022	Engagement 2021-2022	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
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.	2 888	2 800	1 732	2 836

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 : Selon l'ancienne méthode de calcul, l'engagement est atteint. Or, la diminution de plus d'un tiers du nombre de places en services résidentiels entre 2022 et 2023 est explicable par une modification de la méthode de calcul effectuée en cours d'année afin de corriger une surestimation du nombre de places répétée d'année en année jusque-là.

Objectif : Améliorer les services de soutien à domicile

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile.	15 584	15 000	16 221	15 097
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile.	2 049 035	1 845 180	2 589 648	1 918 987 heures
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile : L'engagement est atteint.				
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile : L'engagement est atteint.				

Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt.	247	285	818	427
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt : L'engagement est atteint.				

Objectif : Améliorer la disponibilité du personnel

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante.	5,65	5,06	9,82	3,84
Ratio de présence au travail.	89,32	87,51	90,52	87,73
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante : La pénurie sévère du personnel dans le réseau explique le recours à la main-d'œuvre indépendante, particulièrement en Montérégie-Ouest. De nombreuses mesures, notamment la formation par cohorte de préposés aux bénéficiaires et d'infirmières auxiliaires, ont été mises en place pour diminuer progressivement la dépendance à la main-d'œuvre indépendante. Parmi ces mesures, un Pôle de formation et d'innovation en santé a, entre autres, été mis sur pied avec pour objectif de recruter près de 1 000 nouveaux diplômés par année en plus de favoriser le développement professionnel et l'avancement de carrière des employés déjà en place. D'autres mesures, telles que l'autogestion et l'aménagement des horaires, et l'amélioration de l'accueil du personnel ont été adoptées pour promouvoir le bien-être au travail. En favorisant le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre, ces actions permettront ultimement de diminuer le recours à la main-d'œuvre indépendante, tel que requis par le projet de loi n° 10.				
Ratio de présence au travail : L'engagement est atteint.				

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité



Sécurité et qualité des soins et des services

Agrément

Depuis le début du présent cycle d'agrément de 2018-2023, l'établissement a été évalué par un organisme indépendant et à but non lucratif qui établit les normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et de services sociaux, 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.

À l'automne 2019, Agrément Canada a évalué les programmes Jeunesse, Santé mentale et Dépendance. Au printemps 2022, Agrément Canada a évalué les programmes de Santé physique, Services généraux et Télésanté.

En mars 2023, Agrément Canada a évalué les programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP), Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et les normes transversales comme la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Ceci conclut notre cycle d'agrément 2018-2023. À la suite de cette dernière visite, l'établissement recevra la confirmation de son statut d'établissement agréé.

Prochaines visites d'Agrément Canada

En mars 2024, nous recevrons les visiteurs d'Agrément Canada pour le début du nouveau cycle d'agrément 2023-2027. L'établissement sera évalué sur les normes transversales comme la gouvernance, le leadership, les situations d'urgences, la gestion des risques, la télésanté, la gestion du circuit du médicament, la prévention et le contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables.

Reddition de comptes des plans d'amélioration d'agrément

Au courant de l'année 2022-2023, Agrément Canada nous faisait parvenir deux demandes de reddition de comptes des plans d'amélioration à la suite des visites d'agrément.

Ainsi, les travaux visant à établir des mesures appropriées, entre autres, en regard du plan de sécurité des usagers, du plan des mesures d'urgence, du bilan comparatif des médicaments, de la prévention des chutes, du transfert d'information aux points de transition et de la prévention des chutes ont été soumis en septembre 2022 et en janvier 2023 afin de se conformer aux exigences de l'organisme d'accréditation.

Cet exercice de soumission de preuves est 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 1^{er} mai au 30 juin 2022, le sondage provincial sur l'expérience usager a été réalisé dans l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Ouest afin que les usagers nous partagent leurs expériences en lien avec les soins et les services reçus.

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, des formations ont été offertes tant par le biais de notre plateforme d'apprentissage en ligne, qu'en présence et en virtuel. Ainsi, près de 5 665 personnes ont reçu de la formation en gestion de la qualité et des risques durant l'année 2022-2023. De plus, nous avons formé et sensibilisé nos partenaires à l'importance de la déclaration des événements indésirables.

Depuis mai 2022, la déclaration des incidents et des accidents pour les partenaires externes de la Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie a graduellement migré vers un mode de déclaration sans papier à la suite du déploiement de la déclaration téléphonique et électronique. En plus d'optimiser la durée du processus, cette modernisation des modalités de déclaration offerte permet aux partenaires externes d'informer en temps réel l'établissement de la survenue d'événement indésirable impliquant les usagers. Cela rend ainsi possible une analyse rapide de la situation et la mise en place de filets de sécurité.

Également, un sondage d'appréciation de la divulgation subséquente, auprès des usagers ou de leurs proches, à la suite d'un événement sentinelle est maintenant disponible. Les données recueillies serviront à améliorer le processus entourant la divulgation des accidents.

Par ailleurs, la promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents ou des accidents a été réalisée par le biais de présentations dans divers comités et la diffusion de capsules d'information.

Finalement, 45 ateliers portant sur la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité ont été offerts à des gestionnaires et intervenants cliniques durant l'année 2022-2023.

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	2022-2023		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Autres	538	31%	3%
Événements liés à la gestion des médicaments	505	29%	3%
Retraitement des dispositifs médicaux	179	10%	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	2022-2023		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	7 277	40%	37%
Événements liés à la gestion des médicaments	4 023	22%	20%
Autres	3 508	19%	18%

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

L'année 2022-2023 marque le début de la période postpandémique de la COVID-19. Ainsi, le comité s'est réuni à cinq reprises cette année. Les répercussions de la situation pandémique sur l'ensemble du réseau sont bien présentes. Le tout est palpable lors des différents sujets abordés, mais tous travaillent dans une optique d'amélioration continue et d'un retour à une certaine normalité.

Tout au long de l'année, le comité s'est penché sur les sujets statutaires suivants :

- Les incidents et les accidents chez les usagers;
- Les déclarations d'événements accidentels chez nos employés;
- Les événements sentinelles et les mesures de suivis appliquées;
- Les infections nosocomiales et les mesures en prévention et contrôle des infections.

Pendant toute l'année, le comité a poursuivi ses suivis sur :

- L'état de situation de COVID-19 sur le territoire du CISSS;
- Les éclosions de COVID-19;
- Les déclarations d'incidents et accidents chez les usagers;
- Les déclarations d'événements accidentels chez les employés.

Plusieurs sujets ont été abordés lors de la présentation d'événements sentinelles au comité de gestion des risques. On pense, entre autres, aux situations de chute, non-respect de procédures et des situations à risques reliées à un équipement. De plus, les services promotion, prévention et mieux-être au travail et gestion de la qualité et des risques ont fait un travail de collaboration afin de présenter un portrait des situations d'agression, d'abus, d'intimidation et de harcèlement (usagers et employés) au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Les mesures qui avaient été mises en place par l'établissement pour surveiller, prévenir et contrôler les infections nosocomiales et la prévention et contrôle des infections se sont poursuivies. Un suivi de la procédure de vaccination des usagers, de dépistage dans les CHSLD et du mécanisme d'accès aux installations des visiteurs a été réalisé par le comité. De plus, un rappel des mesures sanitaires aux employés, aux usagers et aux visiteurs a été fait afin de souligner l'importance du respect des consignes sanitaires.

Des analyses de risques ont été présentées, en lien avec les situations d'agression des usagers et les situations de suicide et de tentatives de suicide. Les analyses ont permis de comprendre le contexte, d'établir des mesures de mitigation, d'émettre des recommandations et d'élaborer des plans d'amélioration.

Le comité de gestion des risques a également entériné le plan de sécurité des usagers et le plan de sécurité civil organisationnel.

Des visites qualité ont été effectuées par l'équipe de gestion de la qualité et des risques afin de se préparer à la visite d'Agrément Canada. Ces visites ont également permis d'évaluer et de réajuster nos pratiques dans une vision d'amélioration continue. Un suivi de l'audit du Vérificateur général portant sur la protection des renseignements personnels et confidentiels numériques est en cours de réalisation.

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 au travers des politiques et des procédures en place dans l'établissement.

Il est important de spécifier que la pandémie a eu un impact important sur le suivi des mesures de contrôle, et ce, dans tous les milieux. La pénurie de main-d'œuvre et le roulement de personnel sont également un enjeu dans le transfert de connaissances.

De par ce fait, nous avons constaté cette année une sous-déclaration des données pour la majorité de nos installations. Les résultats qui suivent doivent donc être étudiés avec prudence. En réponse à ce constat, une réflexion a été entreprise et des travaux se mettent en place afin d'améliorer les déclarations effectuées par les équipes de soins, ainsi que le suivi réalisé par leur gestionnaire. La reprise des formations dans les milieux devrait grandement y contribuer. Ceci permettra une meilleure précision dans les données saisies et facilitera l'analyse.

Centres hospitaliers

Le suivi des mesures de contrôle en milieu hospitalier ne semble pas optimal à cause des faibles nombres reportés en 2022-2023. C'est le cas principalement pour l'Hôpital du Suroît et l'Hôpital Barrie Mémorial où une saisie manuelle sur un registre papier doit être faite par les intervenants.

Le type de clientèle et le secteur ont une influence sur l'utilisation des mesures de contrôle en centre hospitalier. Globalement, les données recueillies démontrent une prévalence en médecine de 0,8 %, en chirurgie de 0,7 %, aux soins intensifs de 1,9 %, en gériatrie de 0,1 %, en psychiatrie de 1,9 % et à l'urgence de 0,1 %. Les types de mesures de contrôle les plus utilisés sont les ceintures abdominales aimantées à 18 %, les ridelles de lits à 17 %, les substances chimiques à 14 %, pour un nombre total de 206 mesures appliquées comparativement à 436 pour 2021-2022.

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

La prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle chez les résidents de nos 11 centres d'hébergement se situe à 7 %, ce qui démontre une légère augmentation comparativement à l'an dernier qui était de 6 %. La cible que s'est donnée l'établissement est de 10 % et moins. Les mesures de contrôle les plus utilisées sont les vêtements restrictifs à 23 %, les ceintures à boucle à 21 % et les ridelles de lit à 20 %.

Secteurs déficiences

Déficiences physiques

Les données disponibles démontrent que 100 % des mesures de contrôle appliquées étaient planifiées, comparativement à l'an dernier où le pourcentage était de 95 %.

Déficiences intellectuelles et troubles du spectre de l'autisme

En ce qui concerne la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme, nous n'avons pu que partiellement analyser les données.

La plupart des mesures de contrôle ont été 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 du comportement et que l'unité Saint-Charles est un milieu ultra spécialisé qui héberge les usagers ayant un trouble grave de comportement avec dangerosité.

Pour les RAC, nous observons une prévalence de 25 % pour les mesures de contrôle planifiées (41 % en 2021-2022) et de 38 % pour les mesures non planifiées (47 % en 2021-2022).

À l'unité Saint-Charles, c'est une prévalence de 72 % pour les mesures planifiées (65 % en 2021-2022) et de 58 % pour les mesures non planifiées (66 %, 2021-2022).

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 l'application de celles-ci.

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 réalisés sont les suivants :

Maltraitance :

- La réalisation de processus d'intervention concerté ou de processus d'intervention concerté conseil;
- Le déploiement de moyens pour faire cesser la maltraitance tant au niveau des soins et services qu'au niveau de la capacité organisationnelle à offrir les soins;
- L'évaluation avec la collaboration de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) de la nécessité d'une enquête pour faire la lumière sur des enjeux de qualité, de sécurité et de capacité organisationnelle à offrir les soins et services dans un milieu, afin de favoriser la pérennité des mesures pour contrer la maltraitance;
- Recommandation d'assurer une gestion de proximité 24/7 dans le milieu pendant la période requise pour stabiliser les ressources et permettre d'implanter les conditions nécessaires à un milieu de vie bienveillant et bien traitant pour les résidents;
- Mise en œuvre de mécanismes de concertation, auprès de chacune des directions impliquées directement ou indirectement dans les décisions ayant un impact sur le bon fonctionnement ou la capacité du milieu pour contrer la situation de maltraitance.

Soins et services :

- Formation des PAB soutien clinique ou des infirmières auxiliaires au programme de soins buccodentaires afin qu'ils puissent agir comme agents multiplicateurs en lien avec les bonnes pratiques attendues des soins de base, en référence aux différentes phases de déploiement du « Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD (MSSS, 2019) »;
- Déploiement des moyens de contrôle afin de s'assurer que les équipes assurent le seuil minimal de soins buccodentaires, sur une base quotidienne, aux résidents;
- Révision des pratiques à l'urgence lors de transfert interétablissement afin d'éviter des bris de communication;
- Révision de dossiers d'usager dans une perspective d'évaluation de la qualité de l'acte en soins infirmiers;
- Évaluation de la qualité de l'acte pour du personnel en soins infirmiers;
- Révision, clarification et diffusion des rôles et responsabilités des infirmières de l'urgence, des infirmières de liaison et des intervenants réseau (ayant différents titres d'emploi) afin que les personnes proches aidantes soient informées au moment opportun lorsqu'un usager âgé ou vulnérable obtient son congé de l'urgence pour assurer un retour à domicile sécuritaire;
- Révision des mécanismes pour assurer la continuité des soins et que l'ensemble des informations pertinentes, dont les ajustements de médication, soient transmis au représentant de l'usager ou à une personne proche aidante lors du congé de personnes âgées, ayant des pertes cognitives;
- Recherche de solutions concrètes pour faire cesser les congés en jaquette d'hôpital, et ce, particulièrement chez les usagers vulnérables comme les personnes âgées;

- Révision par la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers en collaboration avec la Direction des programmes Déficiences, de l'ensemble du processus de gestion de la médication pour les usagers hébergés à l'unité régionale de réadaptation, incluant les arrimages avec le Service de pharmacie de l'Hôpital Honoré-Mercier;
- Évaluation de la tenue de dossier sur une unité de soins en milieu hospitalier;
- Renforcement de l'application du protocole d'hypoglycémie auprès du personnel infirmier d'une unité de soins en centre hospitalier;
- Réalisation d'audits pour le délai de réponse aux cloches d'appel afin d'assurer une réponse diligente aux usagers pour une unité de soins en centre hospitalier;
- Évaluation de la possibilité d'implanter les tournées horaires ou les tournées intentionnelles sur une unité de soins en centre hospitalier.

Résidence à assistance continue (RAC), ressource intermédiaire (RI) et ressource de type familial (RTF) :

- Évaluation de la faisabilité d'installer des caméras de surveillance dans les aires communes, tant pour la sécurité des usagers que celle du personnel des RAC;
- Prise de moyens pour assurer le maintien de la collaboration entre l'établissement et le partenaire responsable d'une ressource intermédiaire afin d'atteindre les objectifs établis au plan d'action visant l'amélioration de la qualité des services du milieu;
- Sensibilisation et formation du personnel ainsi que des gestionnaires d'une RI à la Politique visant à contrer la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
- Révision des directives ou des procédures entourant les démarches à réaliser lors du congé d'un usager d'un centre hospitalier afin qu'un gestionnaire autorise le retour en RI ou RTF, en s'assurant que le milieu de vie soit en mesure de dispenser les soins et services de façon sécuritaire (Loi 90 et risques découlant d'enjeux comportementaux des usagers).

Aménagement et organisations des lieux

Évaluation de la pertinence et de la faisabilité à intégrer, dans des travaux à venir ou futurs, des salles avec une mise sous pression positive dans les urgences du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Aspect financier

En collaboration avec les directions cliniques de l'établissement, développement par la Direction des ressources financières d'une procédure pour la facturation de l'hébergement (RNI, CHSLD et NSA), clarifiant les rôles et responsabilités des intervenants cliniques et administratifs au cours de ce processus.

Protecteur du citoyen

Protecteur du citoyen	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>(21-18756)</p> <p>R1. Produire un état de situation concernant la recherche d'un nouveau milieu d'hébergement ayant la capacité de répondre aux besoins spécifiques de cet usager.</p>	<p>Des états de situation concernant la recherche d'un nouveau milieu d'hébergement ont été envoyés à multiple reprise tout en continuant les recherches afin de trouver un milieu qui correspondra au profil de l'usager, ses besoins et sa volonté.</p>
<p>R2. Élaborer et déployer un plan de transition au moment de planifier l'intégration de l'usager dans le nouveau milieu d'hébergement qui sera identifié.</p>	<p>Un plan de transition, en deux parties, a été élaboré et sera déployé une fois le milieu de vie ciblé.</p>
<p>R3. Fournir tous les outils cliniques et la formation nécessaire au personnel du nouveau milieu qui sera identifié pour encadrer adéquatement l'usager.</p>	<p>Six outils cliniques pour l'intégration de l'usager sont mis à disposition. La formation sera ciblée lors du choix du milieu et des besoins de celui-ci et de l'usager.</p>
<p>(21-05854)</p> <p>R1. Rappeler à l'ensemble du personnel infirmier concerné qu'il doit évaluer l'expérience complète de la douleur et en faire la description au dossier d'un ou d'une usagère.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Production d'un aide-mémoire clinique (AMC) sur l'évaluation de la douleur pour la clientèle adulte; • Rappel par les chefs d'unité lors de <i>stand-up meeting</i> et diffusion de l'AMC en collaboration avec le volet-conseil de la DSIEU; • Inclure dans les notes d'évolution de médecine/chirurgie/gériatrie active un bloc concernant l'évaluation/gestion de la douleur; • Faire sortir les rapports sur la plateforme d'environnement numérique d'apprentissage (ENA) de la formation ENA 2640 - 20 participants et évaluer la possibilité de reprendre cette formation.
<p>R2. Rappeler à l'ensemble du personnel infirmier concerné qu'il doit évaluer la douleur, le degré de sédation et l'état respiratoire au moment de l'administration et au pic d'action de chaque dose administrée d'opiacée pour les usagers et usagères en soins actifs (pendant les 24 premières par la suite) et inscrire cette information au dossier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour la RS-6018; • Réviser la formation ENA 2453 Surveillance clinique des opiacés; • Redéployer la formation ENA 2453 Surveillance clinique des opiacés pour tous les secteurs visés; • Mettre à jour et rediffuser l'AMC de la RS-6018; • Urgence : consolider la réévaluation des usagers ayant reçu des opiacés et étant dans la salle attente – faire <i>stand-up meeting</i> et capsule flash.
<p>R3. Rappeler à l'ensemble du personnel concerné que le confinement au lit ou au fauteuil, ou la restriction d'activités, doivent découler d'une ordonnance médicale écrite de contre-indication stricte au mouvement ou à la mise en charge, et que cette ordonnance doit s'accompagner de mesures de positionnement pour la prévention des plaies et d'exercices au lit qui doivent être consignées au dossiers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire sortir le rapport de la formation ENA 1612- depuis décembre 2021 - 90 participants - Durée : 90 minutes et poursuivre la promotion de cette formation; • Renforcer la complétion des signes aînées AINÉES dès la demande d'hospitalisation à l'urgence - Tournée intentionnelle, risque de chutes (fait) - Voir ce qui est possible de faire de plus dans l'environnement physique limité; • S'assurer de dédier un préposé aux bénéficiaires (PAB) par unité au programme de mobilisation (marche et exercices passifs) - (coordonnateurs) - Déjà en vigueur aux soins de transition; • Harmoniser les rôles et responsabilités/tâches du PAB au programme de mobilisation sur toutes les unités; • Explorer la possibilité de munir certaines civières de l'urgence d'un matelas gonflable pour la clientèle à risque; • Renforcer le dépistage de risque de plaies de pression dès l'hospitalisation à l'urgence et mettre en place des mesures préventives; • Faire sortir les rapports pour les formations ENA 10422 (268 participants) et 10607 (240 participants) - Durée : 60 minutes et poursuivre la promotion de ces formations.

Protecteur du citoyen	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>R4. Rappeler à l'ensemble du personnel concerné que lorsqu'il reçoit la demande pour une élévation des ridelles, il doit informer l'utilisateur ou l'utilisatrice des risques potentiels, s'assurer qu'il ou elle ne présente pas d'état de confusion durant toute la durée d'application, qu'il ou elle est en mesure de demander et d'attendre l'assistance pour abaisser la ridelle au besoin, et qu'une note doit être inscrite au dossier à cet effet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure dans les notes d'évolution de médecine/chirurgie/gériatrie active une case ridelles à la demande dans le bloc sécurité; • Produire des bulles aide-mémoires à appliquer sur les ordinateurs en guise de rappel et les expliquer lors des <i>stand-up meeting</i> (font mention des critères à respecter lorsque les ridelles sont montées à la demande de l'utilisateur); • Explorer la possibilité de réactiver le projet agents de suivi multiprogrammes. Le programme de marche va être repris aussi avec la reprise des comités Approche adaptée à la personne âgée (AAPA); à l'automne 2022 reprise du comité opérationnel et tactique; • Il va y avoir aussi un calendrier d'audit pour l'AAPA avec comme optique d'évaluer l'aspect mobilité, délirium, prévention des plaies de pression; • Procéder à des rappels ponctuels sur l'importance de bien respecter les critères lors de la mise en place de ridelles à la demande de l'utilisateur ainsi que l'importance de le documenter au dossier; • Procéder à des audits concernant spécifiquement les ridelles à la demande.
<p>(21-17225)</p> <p>S1. La trajectoire de prise en charge des personnes recevant un traitement intraveineux contre la COVID-19 à l'unité de médecine de jour.</p>	<p>La trajectoire d'administration d'anticorps neutralisants à la clientèle ambulatoire atteinte de la COVID-19 a été acheminée ainsi que l'aide-mémoire orientation médecine de jour.</p>
<p>S2. La confirmation que l'ensemble du personnel affecté à l'unité de médecine de jour a effectué la formation PCI-COVID-19 d'une durée de trois heures.</p>	<p>La confirmation que l'ensemble du personnel affecté à l'unité a effectué la formation PCI-COVID-19 d'une durée de trois heures.</p>
<p>(21-10974)</p> <p>R1. S'assurer que tout le matériel nécessaire à l'accouchement, à l'accueil de nouveau-né et à la réanimation soit adéquatement préparé par le personnel, et que cette information soit notée au dossier de l'utilisateur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place et mise en action des outils de vérification (feuilles de vérification pour les pochettes et le chariot de réanimation, vérification du matériel de réanimation); • Un rappel a été fait à l'équipe par courriel et sur le groupe de soutien clinique quant à leurs responsabilités pour la complétion des documents de vérification; • Un cartable contenant les feuilles de vérification a été défini; • La création d'un aide-mémoire et sa publication à l'équipe ont été faites; • La révision et la diffusion par une capsule Facebook du cahier de travail pour l'infirmière dédiée à la pouponnière ont été faites; • Un <i>stand-up meeting</i> a eu lieu afin d'informer les infirmières quant à la complétion de la documentation de vérification au dossier.
<p>R2. S'assurer que l'organisation du travail du personnel infirmier permette une surveillance adéquate de l'état de l'utilisatrice en travail, notamment quant aux éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les signes vitaux; • Le tracé fœtal; • L'administration de la médication. 	<ul style="list-style-type: none"> • La présence de quatre infirmières formées en ante-partum est planifiée à l'horaire; • L'entrée des activités quotidiennes à quatre par jour pour les inductions et les césariennes est planifiée; • Une rencontre a été faite avec les infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat afin de leur rappeler leur rôle dans l'attribution des utilisatrices, les quotas des utilisatrices des dyades en postpartum, en santé et leur leadership auprès des équipes; • Un rappel a été fait à l'équipe quant aux fréquences de la prise de signes vitaux et la surveillance tracée selon les ordonnances collectives; • Un rappel a été fait à l'équipe quant à leurs responsabilités d'administrer les médicaments selon les heures prescrites et de noter au dossier, à l'endroit approprié, l'inscription de l'administration de leur médication.

Protecteur du citoyen	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>R3. Prendre les mesures nécessaires afin d'améliorer l'évaluation et le soulagement de la douleur de l'usagère en travail et en postpartum, notamment sur les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des besoins de chaque usagère; • Offre de plusieurs méthodes non pharmacologiques; • Mesure des résultats de la mise en place d'une méthode; • Évaluation de la douleur avant et après l'administration d'une médication; • Transmission des informations appropriées à l'usagère; • Documentation des interventions dans les dossiers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un aide-mémoire pour l'évaluation de la douleur nommée : AMC DSIEU 6127 mesurer la douleur PQRSTU, a été créé et diffusé par courriel; • Des capsules de formation sur les méthodes non pharmacologiques pour la parturiente, sur l'enseignement et sur la documentation, ainsi qu'un document sur les données pratiques pour la documentation de la douleur au dossier ont été faits et remis; • Un rappel au personnel a été fait pour la formation ENA obligatoire sur les opiacés #12775.
<p>R4. Rappel au personnel infirmier d'utiliser adéquatement l'échelle <i>Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC)</i>, soit lors d'une manifestation de douleur, d'une technique douloureuse ainsi qu'avant et après un traitement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une capsule d'information sur l'utilisation de l'échelle <i>FLACC</i> a été faite en présentiel; • Un rappel à l'équipe de soins sur comment utiliser l'échelle de <i>FLACC</i>, l'objectif de cette échelle a été diffusé sous forme de capsule par courriel; • Une affiche a été créée pour rappeler aux équipes les moments importants d'utilisation de l'échelle <i>FLACC</i>. L'affiche a été installée dans les endroits clés de l'unité de soins.
<p>R5. Doter le personnel infirmier d'un outil clinique lui permettant de suivre et de documenter adéquatement les éléments suivants du suivi du nouveau-né afin d'éviter les contradictions, inexactitudes et omissions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le déroulement de l'allaitement; • L'alimentation; • La glycémie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un outil clinique provisoire, en collaboration avec la conseillère-cadre en soins infirmiers au développement des outils cliniques, a été créé; • Un formulaire harmonisé comprenant le déroulement de l'allaitement, l'alimentation et la glycémie en version provisoire pour le pavillon des naissances seulement (cheminement clinique) a été créé et révisé; • L'équipe du pavillon des naissances et d'une infirmière du Centre mère-enfant au Suroît ont été consultés pour la validation de l'outil clinique; • L'outil a été révisé et adapté en fonction des commentaires de l'équipe; • L'outil clinique provisoire a été déposé aux archives le 27 juin afin de s'assurer de la conformité du gabarit selon les normes organisationnelles en vigueur; • L'outil a été déployé à l'équipe et les commentaires sont recueillis.
<p>R6. Offrir au personnel infirmier concerné une formation complète sur la technique pour le prélèvement sanguin par ponction capillaire chez un nouveau-né, en s'assurant d'y inclure les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'importance de choisir le site adéquat et les compilations possibles dans le cas contraire; • Les méthodes à préconiser pour favoriser l'écoulement sanguin et pour remplir le tube de prélèvement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une capsule vidéo sur la technique de prélèvement capillaire a été réalisée et diffusée sur la page Soutien clinique de l'Hôpital Anna-Laberge-volet périnatalité; • Une liste de personnel ayant visionné la capsule vidéo a été réalisée; • La vidéo a été rendue disponible par dépôt sur la plateforme approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux afin de faciliter le visionnement; • Le journal « Le talonneur » est envoyé par courriel via les messages de la semaine, quotidiennement; • Une capsule de formation a été faite à l'équipe en présentiel, Teams et par courriel, quant à la technique pour le prélèvement capillaire chez le nouveau-né; • Un audit aléatoire chez le personnel a été effectué six mois après le visionnement afin de confirmer le respect des recommandations et bonnes pratiques.
<p>R7. Mettre en place le Programme québécois de dépistage de surdité chez les nouveau-nés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Programme québécois de dépistage de surdité chez les nouveau-nés est en court de déploiement dans l'organisation en collaboration avec le MSSS.

Protecteur du citoyen	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>R8. Rappeler au personnel infirmier l'importance d'effectuer un suivi rigoureux des lochies et de documenter adéquatement les constats effectués.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une capsule a été réalisée en présentation afin de revoir avec l'équipe comment faire la rédaction des notes au dossier sur l'évaluation des lochies ainsi que la bonne pratique d'évaluation des lochies; • La capsule a été envoyée aux équipes par courriel à l'ensemble du personnel; • Un audit a été effectué trois et six mois après la date de diffusion de l'information; • La mise à jour de la feuille d'évolution en postpartum, ainsi que sa présentation et consultation à l'équipe, ont été faites.
<p>R9. Réviser les outils cliniques utilisés afin d'éviter une multiplication de documents pour noter la prise de signes vitaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La révision et analyse des outils cliniques utilisés pour la documentation des signes vitaux ont été faites; • La diffusion d'une note de service expliquant le résultat de la révision et l'analyse des outils ainsi qu'un rappel des mandats de chaque outil ont été faits.
<p>R10. Rappeler au personnel infirmier l'importance d'effectuer la prise de signes vitaux selon la fréquence prescrite et de contrôler à nouveau les valeurs lorsqu'elles s'écartent des normes, conformément à l'ordonnance collective en vigueur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une capsule d'information en présentation et par courriel sur les outils cliniques en vigueur a été faite afin de rappeler la fréquence de la prise des signes vitaux; • La formation ENA #2506 OC portée dans la pratique infirmière est encouragée; • Un rappel a été fait lors d'une présentation à l'équipe de soin, quant à leur responsabilité de reconstruire la prise de signes vitaux lorsqu'il y a des écarts à la normalité; • Un audit a été réalisé trois et six mois à la suite de la diffusion de l'information; • Un tableau résumé sur la fréquence des signes vitaux a été créé et affiché dans les endroits clés de l'unité de soins.
<p>R11. S'assurer que le personnel infirmier administre la médication de façon sécuritaire, notamment en s'assurant de l'absence de contre-indications.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La lecture obligatoire des normes d'exercices de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec sur l'administration des médicaments, de l'article chronique déontologique : L'administration des médicaments : rappel des obligations déontologiques, ainsi que la lecture de Préparation et administration des médicaments : observation des pratiques infirmières ont été envoyées par courriel; • Les lectures ont été mises à la disposition du personnel afin de faciliter la consultation; • Un registre des lectures obligatoires complétées a été mis en place.
<p>R12. Rappeler au personnel infirmier qu'en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il a l'obligation de déclarer le plus tôt possible tout incident ou accident qu'il a constaté au moyen de formulaire prévu à cet effet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une rencontre avec la gestion des risques a eu lieu afin de démystifier le processus de déclaration incident-accident et comprendre le bas taux de divulgation; • Une capsule d'information sur les responsabilités liées au processus de déclaration incident-accident a été faite en présentiel et par courriel; • Les formations ENA #3987 et 3986 sont encouragées; • Un registre pour la tenue des employés ayant révisé leurs formations sur ENA a été mis en place.
<p>R13. S'assurer que le personnel infirmier connaît son rôle et ses responsabilités en lien avec la pratique vaccinale, notamment concernant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le respect des indications, précautions et contre-indications; • La documentation de la vaccination et les éléments cliniques à inscrire au dossier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une capsule en présentiel a été présentée au niveau des responsabilités et de la pratique vaccinale; • Une capsule transmise par courriel à l'ensemble de l'équipe, quant à la formation sur la vaccination a été faite; • Un suivi des questions et commentaires reçus de la part des équipes lors des capsules a été fait; • Une présentation et un déploiement du formulaire clinique ont été faits; • Un audit trois et six mois après la diffusion de l'information a été réalisé et les résultats ont été suivis en salle de pilotage.

Protecteur du citoyen	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>R14. Réviser les procédures et pratiques actuelles concernant le maintien de l'accès intraveineux après une péridurale, de façon à se conformer aux meilleures pratiques dans ce domaine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une révision des procédures et pratiques actuelles concernant le maintien de l'intraveineux a été faite; • La pratique actuelle ainsi que la modification du formulaire clinique #CLI-600412 en vigueur ont été réalisées; • Un courriel a été envoyé à l'équipe concernant leurs pratiques face au maintien du cathéter veineux.
<p>R15. Encadrer la formation du nouveau personnel en soins infirmiers pour connaître l'évolution de leurs compétences et leurs connaissances, s'assurer que toutes les notions importantes ont été apprises et comprises afin qu'il puisse intervenir rapidement lors de situations d'urgences, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En développant un guide de formation qui inclut une grille de suivi visant à faciliter l'analyse de la progression de l'apprentissage; • En offrant la formation Réanimation cardiorespiratoire néonatale trois mois après l'entrée en fonction. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le document pour l'orientation spécifique à l'unité de naissance est utilisé et mis à jour au besoin; • Un registre informatisé permettant de visualiser les dates de mises à jour du Programme de réanimation néonatale pour l'ensemble du personnel a été créé; • Un calendrier de formation pour la période de six mois a été produit et les inscriptions des infirmières en soutien clinique en formation Référence nutritionnelle pour la population ont été faites; • Un projet pilote de soutien clinique postorientation pratique a été mis en place.
<p>(21-11267)</p> <p>R1. D'assurer, avec la collaboration de la personne responsable de la ressource intermédiaire, la mise en œuvre du plan de concertation du mois de juin 2021, ainsi que les mesures de suivi statutaire mises en place en marge de ce plan.</p>	<p>La mise en œuvre du plan de concertation est assurée par l'équipe de contrôle qualité et l'équipe clinique en collaboration avec la personne responsable de la ressource intermédiaire (RI) avec des suivis statutaires et des échéanciers.</p>
<p>R2. De signifier à la ressource, formellement et sans délai, tout éventuel écart concernant ses obligations contractuelles.</p>	<p>Le processus de contrôle d'écart qualité est mis en place, revu et évalué régulièrement. Tout écart est formellement signifié dans les délais prescrits de trois jours. Un tableau de suivi, complété par les intervenants impliqués dans le milieu, a été créé.</p> <p>La ressource a reçu une lettre afin de signifier le retrait des usagers ainsi que la tenue d'une enquête administrative. Un avis d'écart qualité a aussi été remis.</p>
<p>R3. D'assurer un suivi structurant des événements sentinelles survenus dans cette ressource afin d'en éviter la récurrence.</p>	<p>En avril 2022, une conseillère-cadre responsable de l'application du suivi des événements sentinelles de l'établissement a été embauchée. Le suivi du plan d'action découlant de l'événement sentinelle de cette ressource est assuré par celle-ci. Une copie du plan d'amélioration a été transmis ainsi que les différentes mises à jour de celui-ci.</p> <p>Des visites surprises de cinq à sept fois par semaine et des visites planifiées et annoncées ont été mises en place ainsi que de la main-d'œuvre supplémentaire fournie par l'établissement assurant la surveillance de jour et de soir.</p>
<p>R4. De réévaluer le jumelage des usagères et usagers présentement hébergés dans cette ressource et, le cas échéant, de prendre les mesures nécessaires.</p>	<p>L'équipe de contrôle qualité en collaboration avec l'équipe clinique a réévalué le jumelage-pairage des usagers présentement hébergés dans cette ressource. Un monitoring qualité continu est assuré.</p> <p>Considérant le déplacement des usagers, un jumelage pairage des usagers a été réalisé à nouveau afin d'assurer une transition harmonieuse vers les ressources adaptées à leurs besoins.</p> <p>Un rehaussement du soutien professionnel aux usagers pour la période de transition a été réalisé.</p>

Protecteur du citoyen	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>R5. D'améliorer ses méthodes d'enquête administrative, particulièrement lorsqu'il est question de recueillir des preuves de maltraitance envers des personnes vulnérables et non verbales.</p>	<p>Le processus d'enquête administrative est sous la responsabilité de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique de l'établissement. Afin d'assurer une démarche d'enquête tenant compte des particularités de notre clientèle vulnérable, la personne responsable de l'enquête administrative, accompagnée ou non de conseillers de la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire et de la Direction des services multidisciplinaire, de la recherche et de l'enseignement universitaire, rencontre les usagers avec l'intervenant étant plus significatif au(x) dossier(s).</p>
<p>R6. D'évaluer S'il y a un motif sérieux justifiant de mettre fin au contrat avec cette ressource avant l'échéance de ce dernier.</p>	<p>À la suite du résultat de l'enquête administrative, une lettre a été acheminée au promoteur l'informant des résultats de l'enquête. Une lettre a été remise au promoteur l'informant de la fin de l'entente contractuelle avec le CISSS de la Montérégie-Ouest. Les effets personnels et équipements ont été repris par les équipes contrôle qualité et les usagers ont été retiré de la ressource.</p>
<p>(22-00747)</p> <p>R1. S'assurer de l'élaboration et de la révision aux quatre-vingt-dix (90) jours – selon les bonnes pratiques – du plan d'intervention de l'usagère.</p>	<p>Un plan d'intervention a été réalisé et déposé au dossier de l'usagère. Des dates de révision ont été fixées.</p>
<p>R2. Dans la mesure du possible, prioriser le début des services au Centre d'activités de jour (CAJ) de Chambly afin d'assurer la continuité des interventions ayant cours depuis l'été 2019.</p>	<p>Le consentement de la famille a été obtenu afin d'entamer les démarches en vue d'une fréquentation au CAJ de Chambly. Une présentation de l'usagère à l'équipe du CAJ de Chambly a eu lieu en vue de planifier son entrée progressive et de finaliser le plan clinique en réponse aux besoins de l'usagère.</p>
<p>(22-03079)</p> <p>R1. Informer par écrit, le Protecteur du citoyen de l'évolution de la situation et lui transmettre l'ensemble des documents associés à cette transition d'ici le 28 octobre 2022.</p>	<p>L'ensemble des documents associés à la transition a été transmis au Protecteur du citoyen.</p>
<p>(22-07985)</p> <p>R1. D'initier les travaux avec l'Association démocratique des ressources à l'adulte du Québec afin de clarifier et établir objectivement les modalités d'application de l'article 2-1.01, section M, de l'entente collective, tout en s'assurant du respect des droits des usagers.</p>	<p>Une rencontre avec l'association a eu lieu le 9 décembre 2022 afin d'assurer une interprétation commune des modalités et de la flexibilité étant induite dans l'entente actuelle afin de maintenir cette modalité.</p>
<p>R2. De cesser d'exiger aux familles de personnes hébergées dans le réseau de ressources intermédiaires et de ressources de type familial de fournir un calendrier mensuel des entrées et sorties de leurs proches.</p>	<p>Considérant le caractère de prévisibilité et de flexibilité défini, considérant qu'il s'agit d'une clientèle jeunesse présentant des besoins particuliers nécessitant un cadre de vie prévisible et considérant que le calendrier des visites et sorties se situe dans l'exercice d'un moyen permettant d'atteindre cet objectif, la poursuite de l'établissement d'un calendrier demeure une pratique à considérer au bénéfice de l'ensemble de la clientèle et du cadre que celle-ci requiert.</p>
<p>(22-05331)</p> <p>R1. De réviser le plan de services individualisé de l'usager concerné en précisant les volets pour lesquels l'assistance d'une infirmière est requise ainsi que tous les documents associés à cette démarche au plus tard le 25 novembre 2022.</p>	<p>Considèrent que les éléments relatifs à l'implication et à l'assistance de l'infirmière permettant de répondre aux besoins du jeune se retrouvent inscrits au plan d'intervention (PI), cela conformément au guide visant à soutenir la mise en application du règlement sur les modalités d'élaboration et de la révision des PI des usagers ainsi que le règlement associé, il n'a pas été nécessaire de procéder à la révision du plan de services individualisé comme recommandé.</p>

Coroner

Au cours de l'année 2022-2023, le Bureau du coroner a transmis au CISSS de la Montérégie-Ouest sept rapports d'investigation, qui 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 sept rapports, six ont fait l'objet de recommandations du coroner et des mesures ont été mises en place pour donner suite aux recommandations.

1. Réviser le dossier médical de l'utilisateur en lien avec les questionnements soulevés dans le rapport en lien avec la nécessité d'une hospitalisation.

Le rapport a été soumis au comité local de l'évaluation de l'acte médical qui a conclu à une conformité de l'acte médical. Ces conclusions ont été transmises au coroner.

2. Réviser le dossier de l'utilisateur afin d'évaluer, notamment, s'il y avait lieu d'utiliser toutes les ridelles de lit dans certaines circonstances pour la situation.

Une analyse du dossier avait été préalablement réalisée à la suite de cette situation et aucune recommandation n'avait été émise. Une seconde révision du dossier a été réalisée afin de donner suite à la réception du rapport. La procédure interne sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle a été respectée et cette dernière est en conformité avec les orientations ministérielles entourant l'application d'une mesure de contrôle.

3. Offrir une formation aux agents de porte sur l'obligation légale de porter secours à quiconque dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en apportant l'aide physique nécessaire et immédiate.

Une vérification a été faite auprès de l'agence privée fournissant des services d'agents de sécurité et il appert que tout le personnel provenant de cette agence nonobstant de la fonction qu'il sera appelé à exercer reçoit une formation sur l'obligation de porter secours à quiconque dont la vie est en péril. De plus, lors de la journée d'accueil des nouveaux agents, il est mentionné qu'ils doivent aviser le personnel clinique afin d'obtenir du secours, lorsque nécessaire. Finalement, dans le cartable de procédures disponible en tout temps pour les agents de sécurité, une précision y est inscrite à l'effet de devoir aviser le personnel clinique afin d'obtenir du secours.

4. Recommander au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CISSS de la Montérégie-Ouest de réviser la qualité de l'acte professionnel et des soins prodigués lors de la consultation de l'utilisateur à l'urgence de l'Hôpital Barrie Memorial le 22 décembre 2021.

Le rapport a été soumis au comité local de l'évaluation de l'acte médical et le dossier a été discuté à la fin avril 2023. Les réflexions et recommandations de ce comité seront transmises au coroner. L'établissement s'engage à analyser les recommandations du comité local de l'évaluation de l'acte médical et assurer le cas échéant la mise en place des mesures.

5. Réviser le dossier et offrir une formation d'appoint sur l'évaluation et le suivi d'une chute au personnel des soins à domicile du CLSC de Saint-Rémi.

Une révision du dossier a été réalisée et a mené à l'élaboration d'un plan d'amélioration qui comprend de la formation à l'ensemble du personnel des soins à domicile du CISSS de la Montérégie-Ouest. Les travaux sont en cours en vue d'une réalisation complète au printemps 2023.

6. Le coroner a émis plusieurs recommandations dans un rapport en lien avec les barres d'assistance :
 - 6.1. D'interdire l'utilisation de barres d'appui pour lits (barre d'assistance) avec une seule barre transversale dans les installations concernées par cet enjeu, telles que les hôpitaux et les CHSLD notamment, ainsi que lors de prêts d'équipement aux usagers à domicile;
 - 6.2. De remplacer les barres d'appui pour lits (barre d'assistance) avec une seule barre transversale utilisées dans les installations concernées par cet enjeu, telles que les hôpitaux et les CHSLD notamment, et celles qui auraient été prêtées aux usagers à domicile, par des barres d'appui pour lits avec au moins deux barres transversales;
 - 6.3. De sensibiliser les usagers qui vivent à domicile et le personnel concerné par cet enjeu dans ses installations, telles que les hôpitaux et les CHSLD notamment, aux risques qui découlent de l'utilisation de barres d'appui pour lits (barre d'assistance) avec une seule barre transversale et leur recommander d'utiliser des barres d'appui pour lits avec au moins deux barres transversales, afin de réduire les risques de piégeage;
 - 6.4. D'intégrer une vigie additionnelle pour les intervenants à domicile lors de l'évaluation des risques au domicile d'usager, si ce dernier consent à cette évaluation.»

Dès la réception de ces recommandations, des démarches ont été entreprises auprès des responsables des parcs d'équipement et auprès de diverses instances nationales afin de s'assurer de respecter les normes associées à ce type d'équipement. Ces constats nous ont amenés à déterminer que le CISSS de la Montérégie-Ouest doit procéder à la rédaction de lignes directrices sur l'utilisation sécuritaire de barres d'appui au lit. Un comité ad hoc a été mis en place en vue d'une disponibilité des lignes directrices pour l'automne 2023.

Par la suite, une vérification de l'ensemble des barres d'appui au lit sera réalisée afin de s'assurer de leur sécurité. Les modèles jugés non sécuritaires seront retirés et remplacés. Cet exercice sera réalisé tant dans nos installations, dans nos parcs d'équipement qu'au domicile des usagers auxquels nous avons un prêt d'équipement en cours. Cela représente une vérification d'environ 2 400 barres d'appui au lit. Une capsule de sensibilisation portant sur l'utilisation sécuritaire des barres d'appui au lit ainsi que sur la vérification régulière à y apporter sera élaborée. Elle sera diffusée auprès des employés du CISSS de la Montérégie-Ouest œuvrant auprès de la clientèle, des usagers utilisant ce type d'équipement à leur domicile ainsi qu'à nos partenaires privés. Le formulaire *Collecte de données en matière de risques à domicile* a été modifié le 21 février 2023 afin d'y intégrer une vigie additionnelle par les intervenants au sujet de la présence d'une barre d'appui au lit au domicile des usagers.

Enquêtes administratives

L'établissement a la responsabilité d'assurer le suivi professionnel, clinique et administratif des usagers dans les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF) notamment en effectuant un contrôle continu de la qualité des services rendus à ces derniers. Il arrive parfois que des préoccupations quant aux services rendus par la ressource soient soulevées. Qu'il s'agisse d'une conduite inacceptable envers un usager, d'un écart de qualité ou d'un manquement dans les services à rendre, ceux-ci doivent être traités avec professionnalisme en analysant les faits et les causes des allégations. L'établissement a la responsabilité de vérifier le contexte et les circonstances des faits rapportés, par le déclenchement d'une enquête.

Au cours de l'année 2022-2023, la DQEPE a eu à déclencher trois enquêtes administratives touchant deux ressources intermédiaires (RI) et une ressource de type familial (RTF).

Les enquêtes concernent des allégations de :

- Maltraitance physique et psychologique;
- Techniques d'intervention inappropriées;
- Non-conformité des faits dans la transmission des informations;
- Manque de surveillance au sein de la ressource qui compromet la santé, la sécurité, l'intégrité et le bien-être des usagers;
- Non-conformité des lieux physiques;
- Non-respect récurrent des obligations en regard de la collaboration et des obligations balisées dans le cadre de référence;
- Conduites inappropriées de nature sexuelle.

Deux des trois enquêtes sont terminées et les allégations se sont révélées comme étant fondées en fonction des informations recueillies dans le cadre des enquêtes. Une enquête est toujours en cours de réalisation.

Ces enquêtes ont mis en lumière certaines améliorations à mettre en place dans nos milieux d'hébergement notamment en ce qui a trait :

- À la sensibilisation des ressources sur ce qui est acceptable en matière de pratiques dans le cadre de l'offre de soins et services;
- À la surveillance et l'accompagnement des usagers en nombre suffisant pour assurer la qualité des services et la sécurité des usagers;
- À la gestion adéquate des dépenses par un tiers et l'accès à l'information en lien avec les budgets;
- Aux comportements éthiques et respectueux envers les usagers;
- À améliorer l'offre de service en programmation d'activités pour le milieu de vie des usagers;
- À l'obligation de déclarer tout événement indésirable;
- À la mise en place de moyens de communication et de collaboration avec la ressource.

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^{er} avril 2022 au 31 mars 2023

	Mission hospitalière	Total
Garde préventive		
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	453	453
Garde provisoire		
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	S. O.*	204
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	265	265
Garde autorisée		
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	S. O.*	176
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)	175	175

* 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 CISSS de la Montérégie-Ouest accorde une importance à la qualité de ses soins et au respect des droits des usagers. Il est possible de joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services aux coordonnées ci-dessous pour formuler tout commentaire ou suggestion pouvant améliorer les services.

Tél. : 1 800 700-0621, poste 2462 | 1 800 694-9920, poste 2280

Courriel : insatisfactions-plaintes.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca

Un formulaire de plainte est également disponible sur le site Web santemonteregie.qc.ca/ouest dans la section « Organisation », sous « Satisfaction et plaintes ».

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 dès que le rapport du commissaire aux plaintes et à la qualité des services sera déposé à l'Assemblée nationale par le ministre.

Information et consultation de la population

Établir divers moyens de communication avec la population est essentiel pour le CISSS. Il s'agit d'un excellent moyen pour l'établissement de prendre connaissance des insatisfactions de la population, mais aussi de répondre aux questions quant aux soins et services. Plusieurs canaux de communication sont également utilisés pour informer la population des activités de l'établissement, pour recruter et pour reconnaître le personnel en soulignant leurs bons coups sur les différentes plateformes.

Sites Web

Les informations sur les trois CISSS en Montérégie se trouvent sur santemonteregie.qc.ca. À la section dédiée à la Montérégie-Ouest, on y retrouve de l'information sur l'organisation et sur les soins et les services. De plus, cette plateforme est utilisée pour diffuser de l'information relative aux activités de l'organisation ainsi que des campagnes de sensibilisation. Des coordonnées sont disponibles afin que la population puisse communiquer avec le CISSS pour poser une question ou émettre un commentaire.

Le site Web projethopitalvaudreuilssoulanges.com a été mis sur pied dès les balbutiements du projet. Sur ce site Web, on y trouve les avancements du projet de constructions, les différents services qui sont offerts, les offres d'emploi relatives au projet et bien plus encore.

Le nouveau site Web emplois-cisssmo.ca a été lancé début 2023. Ce site Web dédié au recrutement est mis à jour régulièrement afin de faciliter la recherche d'emploi. On y retrouve notamment les offres d'emploi, les possibilités de stages ainsi que les emplois saisonniers.

Médias sociaux

Le CISSS de la Montérégie-Ouest est bien actif sur les médias sociaux. L'établissement a une page [Facebook](#), [Instagram](#) et [LinkedIn](#). Sur ces pages, il est possible d'y trouver de l'information quant au CISSS. Notamment, des nouvelles ponctuelles, des bons coups, les avancements des projets organisationnels, des campagnes de sensibilisation et bien plus encore. En tout temps, il est possible d'y poser des questions ou d'y émettre un commentaire.

Communiqués de presse

Des communiqués de presse sont acheminés aux médias pour faire connaître les dernières nouvelles de l'organisation.

Séances du conseil d'administration

La population est invitée à participer aux séances du conseil d'administration (CA) et à la séance publique d'information annuelle. Cette dernière est l'occasion pour l'organisation de présenter son rapport annuel de gestion et pour le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de présenter son rapport de la dernière année.

Pour ce qui est des séances du CA, il est possible de retrouver le calendrier dans le volet « Conseil d'administration », qui se trouve dans la section « Organisation » du site Web santemonteregie.qc.ca/ouest.

espacePARTENAIRES et espacePARTENAIRES MDA-MA

Depuis 2021, une cyberlettre est envoyée à plus de 400 partenaires du CISSS de la Montérégie-Ouest. Commissions scolaires, élus, organismes communautaires sont informés quatre fois par année par le biais de l'espacePARTENAIRES. On y trouve toutes les nouvelles pertinentes telles que l'actualité, les bons coups de l'organisation, les campagnes à promouvoir, etc. Pour plus d'information, rendez-vous au : santemonteregie.qc.ca/ouest/espacepartenaires.

Dans la dernière année, une nouvelle cyberlettre pour le projet des Maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA) a également vu le jour. L'espacePARTENAIRES MDA-MA est une façon pour les équipes dédiées au projet de tenir les partenaires informés des avancements de la construction.

espacePHVS

La cyberlettre espacePHVS traite des dernières nouvelles de l'hôpital de Vaudreuil-Soulanges actuellement en construction. Elle est diffusée auprès de son public interne et de ses partenaires. Pour plus d'information, rendez-vous au : projethopitalvaudreuiloulanges.com.

Info-Travaux

Les Maisons des aînés et maisons alternatives étant construites près de quartiers résidentiels, des cyberlettres de type « Info-Travaux » sont envoyées à l'occasion. Elles sont envoyées au voisinage à l'occasion d'entraves causées par des travaux.

Comité des usagers du centre intégré

Pour le CISSS, il est essentiel d'obtenir différentes rétroactions des usagers ainsi que de la population. Tous les commentaires et les questions sont les bienvenus afin d'améliorer l'expérience de la clientèle. Le comité des usagers 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). Les coordonnées se trouvent sur santemonteregie.qc.ca/ouest/organisation/comite-des-usagers.

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^{er} avril 2022 au 31 mars 2023

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 990
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	76
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	252
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	207
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <ul style="list-style-type: none"> • La personne a retiré sa demande ou a changé d'avis : 13 • 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 : 1 • La personne est décédée avant l'administration : 9 • La personne est décédée avant la fin de l'évaluation : 13 • La personne ne répondait pas aux conditions au moment de la demande d'AMM : 5 • La personne a été transférée vers un autre établissement : 3 • Autres : 1 	45

Ressources humaines



Répartition de l'effectif par catégorie de personnel*

	Nombre d'emplois au 31 mars 2022			Nombre d'ETC en 2021-2022		
	2022	2022 COVID	2022 Total	2022	2022 COVID	2022 Total
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 375	213	2 588	1 881	98	1 979
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 922	449	3 371	2 234	217	2 452
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 247	264	1 511	1 092	150	1 242
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 920	69	2 989	2 501	38	2 540
Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	37	5	42	28	2	31
Personnel d'encadrement	417	18	435	406	13	419
Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	1	77	78	–	32	32
TOTAL	9 919	1 095	11 014	8 143	551	8 695

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les médecins, les sages-femmes et les étudiants. Dernières données disponibles et fournies par le MSSS.

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		
	2022-03-27 au 2023-03-25		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le Secrétariat du Conseil du trésor	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	760 786	30 024	790 810
2 - Personnel professionnel	3 040 007	45 293	3 085 300
3 - Personnel infirmier	3 647 920	225 515	3 873 435
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	8 004 510	420 504	8 425 014
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	985 650	35 419	1 021 070
6 - Étudiants et stagiaires	45 235	680	45 914
TOTAL 2022-2023	16 484 107	757 435	17 241 542
TOTAL 2021-2022			17 032 826
		Cible 2022-2023	17 184 043
		Écart	(57 499)
		Écart en %	(0,3%)

* Dernières données disponibles et fournies par le MSSS.

Ressources financières



Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Activités principales (non auditées)

Programmes	Exercice précédent	
	Dépenses	%
Programmes-services		
Santé publique	64 769 324	5,1
Services généraux – activités cliniques et d'aide	52 569 522	4,1
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet hébergement	174 384 031	13,7
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet soutien à domicile	80 608 205	6,3
Déficience physique	94 775 848	7,4
Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	240 603 782	18,9
Jeunes en difficulté	14 819 223	1,2
Dépendance	14 167 666	1,1
Santé mentale	54 496 339	4,3
Santé physique	272 065 631	21,4
Programmes-soutien		
Administration	65 480 883	5,1
Soutien aux services	67 221 477	5,3
Gestion des bâtiments et des équipements	76 948 222	6,0
TOTAL	1 272 910 153	100

* Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celles de l'année financière terminée.

** Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure.

Exercice courant		Variation des dépenses	
Dépenses	%	Écart*	%**
25 418 358	2,0	(39 350 358)	(60,76)
55 208 154	4,3	2 638 632	5,02
168 122 115	13,2	(6 261 916)	(3,59)
98 020 533	7,7	17 412 328	21,60
92 498 108	7,3	(2 277 740)	(2,40)
262 869 498	20,6	22 265 716	9,25
17 521 990	1,4	2 702 767	18,24
16 944 044	1,3	2 776 378	19,60
55 773 510	4,4	1 277 171	2,34
276 529 225	21,7	4 463 594	1,64
63 583 914	5,0	(1 896 969)	(2,90)
72 624 443	5,7	5 402 966	8,04
69 040 410	5,4	(7 907 812)	(10,28)
1 274 154 302	100	1 244 149	0,10

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.

Équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'exercice financier. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations. Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2023, l'établissement a respecté cette obligation légale. Le résultat du fonds d'exploitation est en déficit de 19 265 842 \$. Le résultat du fonds d'immobilisation est en surplus de 31 800 443 \$. Le résultat global de l'établissement en surplus de 12 534 601 \$.

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^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ^{1,2}	37	16 004 569 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ³	217	96 667 383 \$
Total des contrats de service³	254	112 671 952 \$

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

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

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

Ressources informationnelles

La reddition de comptes est présentée dans le rapport annuel de gestion 2022-2023 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.

État du suivi des réserves



État du suivi des réserves

Commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Signification des codes		
Colonne 3 - Nature		
R : Réserve	O : Observation	C : Commentaire
Colonnes 5, 6 et 7 - État de la problématique		
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 2023		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Le Centre intégré de santé et de services sociaux 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 déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés.	2020-2021	R	La comptabilisation des coûts liée à la COVID-19 a été faite conformément aux directives du MSSS.			X
Dans le cadre de l'application au 1 ^{er} avril 2022 du chapitre SP3280, « Obligations liées à la mise hors service d'immobilisations » du Manuel de comptabilité des comptables professionnels agréés Canada pour le secteur public, le CISSS de la Montérégie-Ouest a comptabilisé, au 31 mars 2023, un passif au titre des obligations liées à la mise hors service d'immobilisations. En lien avec la comptabilisation du passif au titre des obligations liées à la mise hors service d'immobilisations, le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest a comptabilisé une subvention à recevoir. L'auditeur n'a pas été en mesure d'obtenir les éléments probants suffisants et appropriés en ce qui concerne le montant comptabilisé et les informations fournies sur les obligations.	2022-2023	R	Aucune mesure de correction tel que demandé par le 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 2023		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers - suite						
L'établissement a enregistré un revenu de subvention MSSS concernant les dépassements budgétaires spécifiques aux soins à domicile pour l'exercice terminé le 31 mars 2023. À cet égard, les états financiers dérogent aux Normes comptables canadiennes du secteur public, SP3410, car cette subvention n'était pas autorisée au 31 mars 2023. Par conséquent, les revenus de subventions MSSS pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2023, les débiteurs - MSSS et les déficits cumulés sont surévalués d'un montant de 26 900 000 \$. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice considéré.	2022-2023	R	Comptabilisé selon les directives du MSSS.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Le mandat des unités de mesure ayant été retiré, le suivi des réserves n'est plus effectué et n'est plus présenté.	2015-2016	R		X		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
Rapport à la gouvernance						
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. Également, la gestion des accès de l'application GRH-Paie relève du Service de l'administration du personnel, de la rémunération, des avantages sociaux et des systèmes d'information de gestion alors qu'il ne devrait qu'approuver les accès afin de séparer les tâches incompatibles d'autorisation et d'exécution. La gestion des accès devrait relever du Service des technologies de l'information.	2019-2020	C	Une première phase de révision des accès octroyés aux utilisateurs a été réalisée. De plus, la création des utilisateurs est réalisée par une personne indépendante des activités opérationnelles.		X	
Le processus de gestion des arrivées, des modifications et des départs ne sont pas toujours formalisés pour l'application GRH-Paie.	2022-2023	C	La direction prendra contact avec la DRIM afin de s'assurer de la mise en œuvre de mesures correctives.			X

Divulgation des actes répréhensibles



Divulgation des actes répréhensibles

Reddition de comptes

Divulgation 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 ¹	1	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	Sans objet	2	En cours de vérification
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		Sans objet	Sans objet
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	Sans objet	Sans objet
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie			
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		1	En cours de vérification
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		Sans objet	Sans objet
✓ 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		1	En cours de vérification
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment			
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations			
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	Sans objet	Sans objet	
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			
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³			

¹ Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

² 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.

³ 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 d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

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

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

1.2 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).

1.3 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, est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

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

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

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

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

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

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, 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 circonstances¹.

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

1.4 Champ d'application

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

1.5 Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration soit le 16 mars 2016. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil d'administration lors d'une de ses séances régulières.

1.6 Diffusion

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

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

2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

2.1 Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie;
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi;
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables;
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population;
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles;
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en 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; se rapporter au cadre d'éthique et à des critères éclairés par des données probantes pour le guider dans ses décisions.

2.2 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 1.2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

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

2.2.1. Disponibilité et compétence

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

2.2.2 Respect et loyauté

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

2.2.3 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.

2.2.4 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.

2.2.5 Discrétion et confidentialité

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

2.2.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

2.2.7 Relations publiques

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

2.2.8 Charge publique

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

2.2.9 Biens et services de l'établissement

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

2.2.10 Avantages et cadeaux

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

2.2.11 Interventions inappropriées

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

2.2.12 Réputation et crédibilité

- Agir avec intégrité, objectivité et loyauté dans l'intérêt de l'établissement afin d'en préserver la réputation et la crédibilité;
- Déclarer au conseil d'administration toute information ou situation, passée, actuelle, ou prévisible l'impliquant directement ou indirectement et qui est susceptible d'affecter la réputation ou la crédibilité de l'établissement.

3. CONFLIT D'INTÉRÊTS

1. 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.
2. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
3. 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.
4. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
5. 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 conflits d'intérêts de l'annexe V.
6. 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.
7. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

4. APPLICATION

4.1 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

4.2 Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

4.3 Comité d'examen *ad hoc*

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

4.4 Processus disciplinaire

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.
2. Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.
3. Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.
4. Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen de l'annexe VII.

5. Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.
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.
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.
8. Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante 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.
9. Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
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.
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.
12. Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.
13. Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en oeuvre 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).

4.5 Notion d'indépendance

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

4.6 Obligations en fin du mandat

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

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



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

Québec 



santemonteregie.qc.ca/ouest