



Rapport annuel de gestion

2023-2024

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.

Titre : Rapport annuel de gestion du CISSS de la Montérégie-Ouest 2023-2024

ISBN : 978-2-550-97622-6 (format PDF)

ISBN : 978-2-550-97621-9 (format imprimé)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

© CISSS de la Montérégie-Ouest, 2024

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@ssss.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
- 13 Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

15

Présentation de l'établissement et des faits saillants

- 16 Notre mission
- 17 Notre vision
- 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

43

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

- 44 Sécurité et qualité des soins et des services
- 61 Personnes mises sous garde
- 62 Examen des plaintes et promotion des droits
- 63 Information et consultation de la population

65

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

67

Ressources humaines

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

71

Ressources financières

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

75

Divulgarion des actes répréhensibles

77

Annexe

- 78 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 2023-2024 du CISSS de la Montérégie-Centre.



Préface



Liste des sigles et des acronymes

- A -

- AAPA** Approche adaptée à la personne âgée
- AMM** Aide médicale à mourir
- AVC** Accident vasculaire cérébral

- C -

- CA** Conseil d'administration
- CÉCO** Comité d'éthique clinique et organisationnelle
- CH** Centre d'hébergement
- CHSLD** Centre d'hébergement de soins de longue durée
- CII** Conseil des infirmières et infirmiers
- CISSS** Centre intégré de santé et de services sociaux
- CISSS** Centre intégré de santé et de services sociaux
- CISSSMO** Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
- CLSC** Centre local de services communautaires
- CM** Conseil multidisciplinaire
- CMDP** Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- CR** Centre de réadaptation
- CRDITSA** Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme
- CRSP** Comité régional sur les services pharmaceutiques
- CUCI** Comité des usagers du centre intégré

- D -

- DAH** Direction des activités hospitalières
- DG** Direction générale
- DI** Déficience intellectuelle
- DL** Direction de la logistique
- DP** Déficience physique
- DPD** Direction des programmes Déficiences
- DPJASP** Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique
- DPMI** Direction des projets 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
- DRHDO** Direction des ressources humaines et du développement organisationnel
- DRIA** Direction de la recherche, de l'innovation et de l'apprentissage
- 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
- DSQ** Dossier santé Québec
- DSSADG** Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie
- DST** Direction des services techniques
- DTSN** Direction de la transformation et de la santé numérique

- E -

- ENA** Environnement numérique d'apprentissage
- ETC** Équivalent temps complet

- G -

- GAP** Guichet d'accès à la première ligne
- GASSA** Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie
- GMF** Groupe de médecine de famille
- GMF-U** Groupe de médecine de famille universitaire

- I -

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 Maison des aînés et alternative

MOI Main-d'œuvre indépendante

MRC Municipalité régionale de comté

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

- N -

NSA Niveau de soins alternatifs

- O -

OPUS-AP Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services — Antipsychotiques

- P -

PAISM Plan d'action interministériel en santé mentale

PEPS Programme d'évaluation de la personnalisation des soins

PI Plan d'intervention

PREC Professionnel responsable de l'encadrement clinique

PUDS Programme sur l'usage et les dépendances aux substances

- R -

RAC Résidence à assistance continue

RI Ressource intermédiaire

RLRQ Recueil des lois et des règlements du Québec

RLS Réseau local de services

RPA Résidence privée pour aînés

RSSS Réseau de la santé et des services sociaux

RTF Ressource de type familial

- S -

SAD Soutien à domicile

SIGDU Système d'information et de gestion des urgences

SIV Soutien d'intensité variable

- T -

TC Trouble du comportement

TGC Trouble grave du comportement

TIBD Traitement intensif bref à domicile

TSA Trouble du spectre de l'autisme

- U -

UHB Unité d'hospitalisation brève

UIB Unité d'intervention brève

UIBP Unité d'intervention brève en psychiatrie

URDM Unité de retraitement des dispositifs médicaux

- Z -

ZER Zone d'évaluation rapide

Message des autorités



Philippe Gribauval
Président-directeur général

Claude Jolin
Président du conseil d'administration

Pour le CISSS de la Montérégie-Ouest, l'année 2023-2024 a été marquée tant par la naissance que par la progression de projets ambitieux et significatifs. Chaque succès, aussi petit soit-il, est rendu possible grâce à l'engagement dévoué de notre personnel, de nos gestionnaires, de nos médecins, de nos bénévoles et de nos stagiaires. La synergie de nos équipes est remarquable, toutes unies dans leur effort de bien servir notre communauté en offrant des soins et des services d'une grande qualité.

Ce rapport annuel de gestion présente bon nombre de projets et de réalisations menés par notre organisation en 2023-2024.

Le conseil d'administration

Les membres du conseil d'administration ont examiné près de 60 dossiers organisationnels et adopté 16 règlements, politiques ou procédures. En outre, ils ont abordé les sujets soulevés par les dix comités du conseil d'administration.

C'est en novembre 2023 qu'a eu lieu la séance publique d'information annuelle, et ce, à l'École secondaire régionale Châteauguay Valley, située à Ormstown. Au cours de celle-ci, le sommaire du rapport financier a été présenté ainsi que le sommaire sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services, tous deux pour l'année 2022-2023. Ensuite, les priorités de notre organisation pour 2023-2024 ont été dévoilées. L'assemblée s'est

terminée par la conférence «Agir autrement pour prévenir l'itinérance», qui portait sur les initiatives innovantes développées en collaboration avec nos partenaires pour soutenir les personnes marginalisées ou en situation d'itinérance dans la région

Quelques faits marquants de notre année

Voici quelques faits marquants bonifiant l'offre de soins et de services à la population.

Deux maisons des aînés et alternatives (MDA MA)

La MDA MA de Châteauguay nous a été livrée le 19 février 2024. Le 11 mars, une centaine d'employés étaient sur place pour participer à une formation d'une durée de deux semaines. Les premières personnes hébergées ont été accueillies à partir du 26 mars.

Ainsi, l'usager partenaire enrichit les échanges lors de la réalisation des travaux en cours, de la phase d'élaboration jusqu'à son achèvement, afin de soutenir l'établissement dans le plein accomplissement de sa mission.

À terme, la MDA MA de Châteauguay accueillera 96 personnes âgées ainsi que 24 adultes vivant en situation de handicap en raison d'une déficience intellectuelle (DI) ou d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Cette réussite est tributaire d'une collaboration étroite de l'ensemble des directions du CISSS de la Montérégie-Ouest. Quant à la MDA MA de Salaberry-de-Valleyfield, qui accueillera 72 personnes âgées et 24 adultes ayant des besoins spécifiques, la livraison est prévue pour l'automne 2024.

Le futur hôpital de Vaudreuil-Soulanges

C'est en mars 2023, soit quatre ans après le début de l'élaboration des plans pour le futur hôpital, que celui-ci est sorti de terre. Cet hôpital offrira un ajout de 404 lits de courte durée sur notre territoire. Le premier appel d'offres public, dans le cadre des acquisitions d'équipements, a été lancé en avril 2023. Les travaux se poursuivent avec une équipe constituée de près de 450 travailleurs, et atteindra environ 1 000 travailleurs au cours de l'été 2024.

À ce jour, c'est près de 110 000 tonnes d'acier d'armatures qui ont été livrées sur le chantier. De ce total, 360 tonnes d'acier d'armatures, ainsi que 570 m³ de béton, soit 175 camions livrés sur une durée de 12 h, ont été utilisées pour la mise en place du plus gros radier du chantier. Les travaux d'infrastructures, notamment les conduites d'égout et d'aqueduc, ont également débuté en août 2023.

L'intégration de deux usagers partenaires à l'animation de la salle de pilotage du comité de direction

En juin 2023, notre président-directeur général, appuyé par les membres du comité de direction a eu la volonté d'inclure deux usagers partenaires au sein de la salle de pilotage du comité de direction. La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique a joué un rôle clé dans le repositionnement de la stratégie de pilotage et l'animation permettant ainsi d'innover avec l'intégration d'usagers partenaires.

Rappelons qu'un usager partenaire est une personne (ou son proche) qui a connu une expérience de soins ou de services au CISSS de la Montérégie-Ouest et qui participe activement à la réalisation de projets de notre établissement par le partage de ses observations, ses préoccupations et son savoir expérientiel.

Ainsi, l'usager partenaire enrichit les échanges lors de la réalisation des travaux en cours, de la phase d'élaboration jusqu'à son achèvement, afin de soutenir l'établissement dans le plein accomplissement de sa mission.

Développement de l'équipe et de la gouvernance médicale

Nous sommes heureux d'annoncer l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes et omnipraticiens. Au cours de la dernière année, notre équipe médicale a accueilli 18 nouveaux omnipraticiens, trois urologues, deux chirurgiens généraux, deux internistes, un anesthésiologiste, un néphrologue, un gériatre, un hémato-oncologue, un ophtalmologiste, un pédopsychiatre et un dentiste.

De plus, nous sommes fiers de partager des nouvelles fort positives concernant la gouvernance médicale au sein de notre établissement. Nous avons récemment intégré cinq nouveaux directeurs adjoints des services professionnels. Une cheffe de médecine spécialisée a aussi rejoint notre équipe. Ceci souligne notre engagement envers l'amélioration continue et le leadership dans la gestion des soins médicaux.

Nous ne pouvons passer sous silence la grande collaboration que nous continuons de développer avec l'équipe médicale. Nos médecins sont impliqués dans le développement de projets cliniques qui bonifient les soins offerts aux usagers. En consolidant nos liens, nous améliorons la fluidité hospitalière et organisationnelle, tout en renforçant le partenariat entre les équipes professionnelles et médicales ce qui permet, jour après jour, d'offrir de meilleurs soins à notre clientèle.

Création de cinq comités écosystèmes dans les municipalités régionales de comté (MRC) de la Montérégie-Ouest

L'élaboration du Plan clinique organisationnel 2023-2033 nous a permis de dégager une vision quant à l'évolution de notre offre de services sur une période de dix ans afin de répondre aux besoins évolutifs de notre population. Nous croyons que c'est en travaillant en collaboration avec nos partenaires de la communauté que nous arriverons à atteindre nos objectifs.

Les comités écosystèmes ont débuté en septembre 2023 et se tiennent quatre fois par année. Ils regroupent plusieurs acteurs occupant les mêmes fonctions dans leur MRC respective, tels que des élus, le préfet de la MRC, les directeurs généraux de la Chambre de commerce, de la Corporation de développement communautaire, de Concertation horizon et de nos fondations partenaires, un médecin (Département régional de médecine générale), un représentant du comité des usagers, un usager partenaire et des gestionnaires de notre organisation.

La force de ces comités est que tous les membres visent le même objectif, celui de répondre aux besoins de notre population et la synergie qui s'installe entre les membres nous donne espoir qu'ensemble nous réaliserons de grandes choses en Montérégie-Ouest.

Reconnaître l'effort collectif pour le bien commun

La rédaction de ce rapport annuel de gestion nous permet de véritablement prendre conscience de l'impact de l'effort collectif. Lorsqu'une idée surgit, il faut beaucoup d'efforts et de persévérance pour la mener à bien. Cela requiert un travail d'équipe et une vision commune de l'objectif à atteindre. Travailler ensemble pour la santé et le bien-être de notre communauté, c'est comme tisser une toile de soie solide. Chaque fil, même le plus fin, contribue à renforcer la structure dans son ensemble.

C'est pourquoi nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes qui contribuent à rendre possible chaque réalisation décrite dans ce rapport et toutes celles qui auraient pu y figurer. À nouveau, un merci tout spécial à nos employés, nos gestionnaires, nos médecins, nos bénévoles et nos stagiaires. Quotidiennement, vous conservez toujours cette même priorité dans tous vos gestes et dans tous les projets créés, soit d'offrir des soins et des services d'une grande qualité à notre population.

Merci également au soutien des membres de notre conseil d'administration, à nos fondations, à nos partenaires socioéconomiques issus du milieu des affaires, de l'éducation, de l'enseignement supérieur et du milieu politique ainsi qu'aux organismes communautaires. Nous sommes heureux et fiers de collaborer avec vous tous.

En terminant, nous souhaitons également exprimer notre gratitude envers nos usagers, nos personnes hébergées ainsi que leur famille et proches aidants. Votre confiance à l'égard de notre établissement est un privilège que nous considérons avec le plus grand sérieux. Nous vous remercions de votre collaboration des plus précieuses.

Le président du conseil d'administration,



Claude Jolin

Le président-directeur général,



Philippe Gribbeauval

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 2024.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2023-2024 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 2024.

Le président-directeur général,



Philippe Gribbeauval

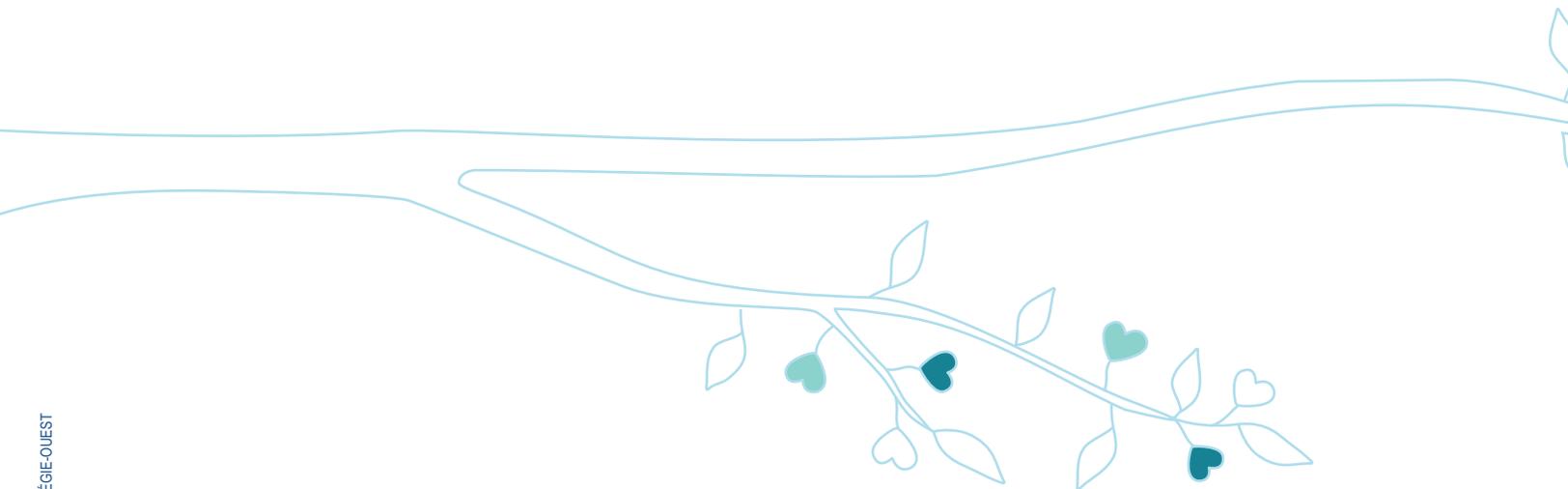


Présentation de l'établissement et des faits saillants



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.



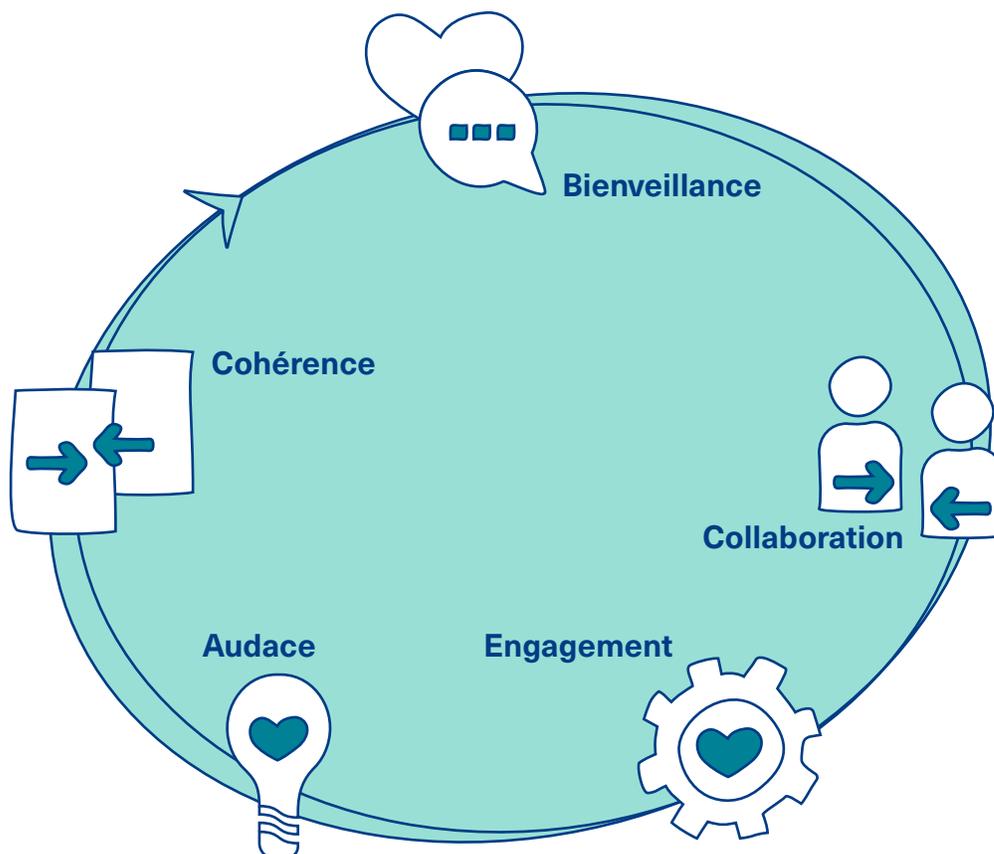


Notre vision

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

Nos 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'un ancrage et d'une mobilisation forte. 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.

- 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.

- 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.

- 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.

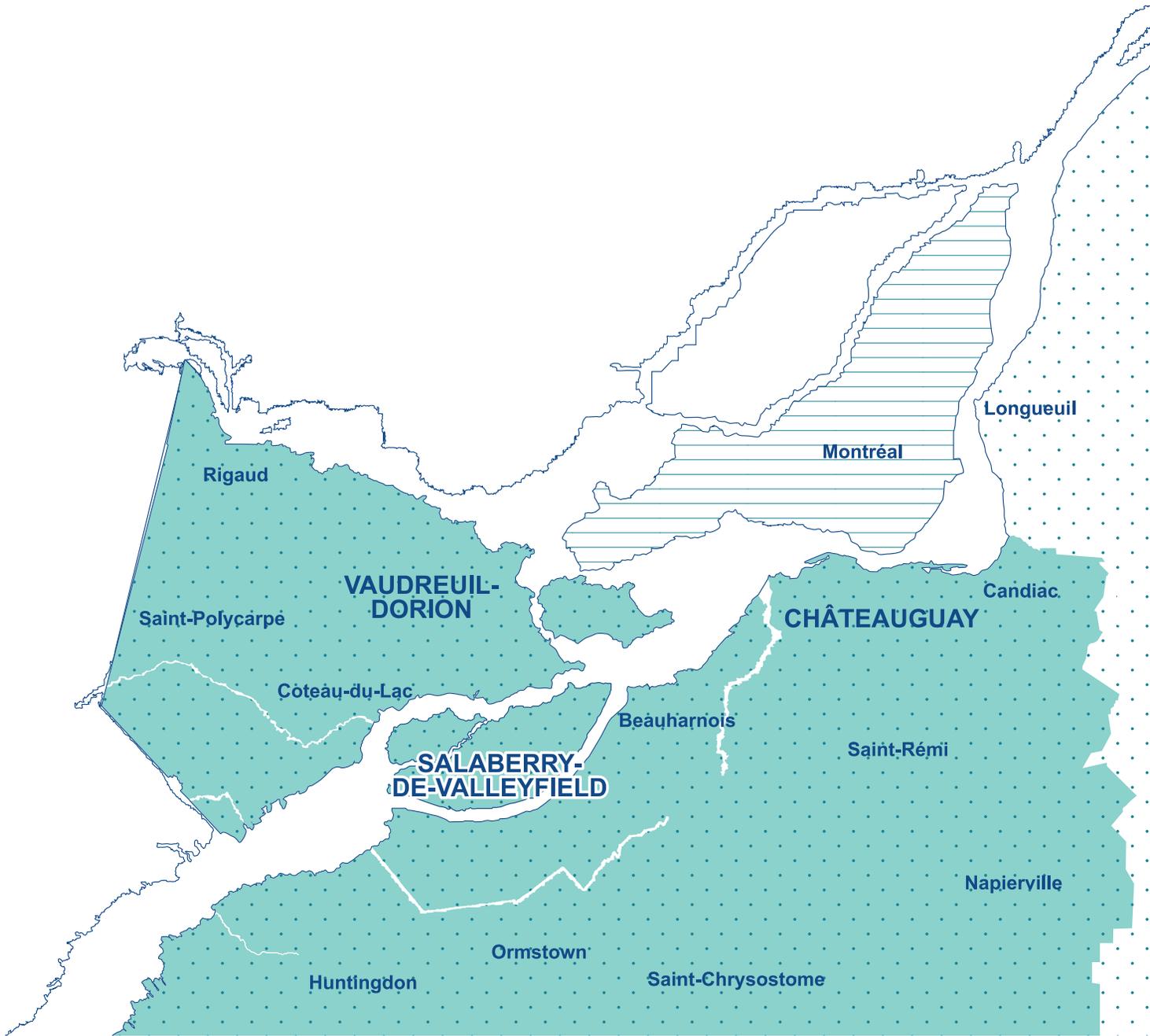
- Penser en dehors de la boîte, oser un modèle moins traditionnel;
- Promouvoir l'innovation, la créativité;
- Essayer tout en gérant le risque, avoir du courage dans les actions difficiles;
- Se donner et donner le droit à l'erreur, se mettre en mode solution;
- Participer aux projets, s'ouvrir aux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

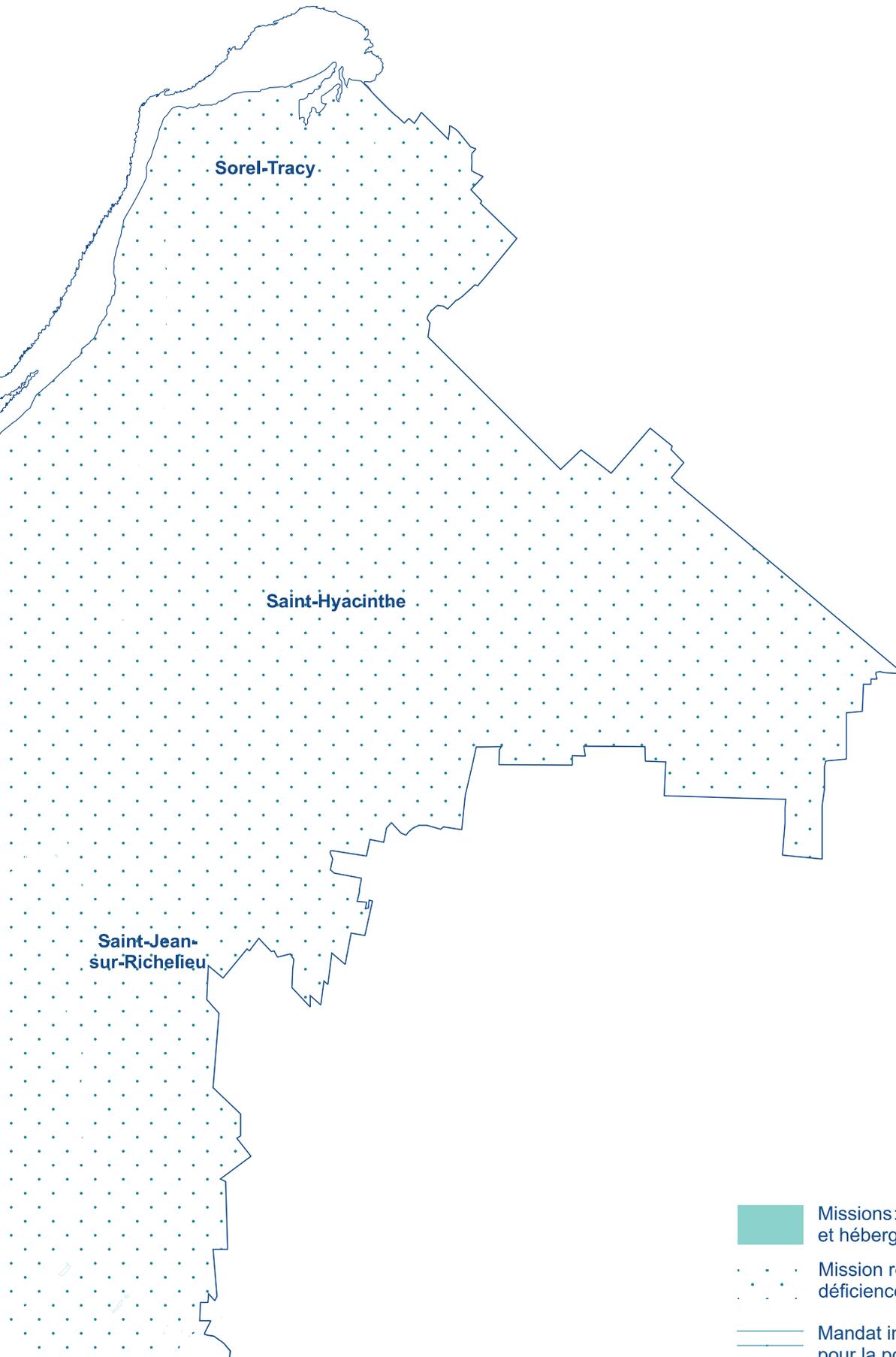
Cohérence

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

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

Carte du territoire CISSS de la Montérégie-Ouest





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

Services offerts

Le CISSS de la Montérégie-Ouest emploie plus de 11 600 personnes, 577 médecins*, dont 293 omnipraticiens et 284 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.

Dans nos points de service locaux:

- des services de vaccination**, de prélèvements et de dépistage.

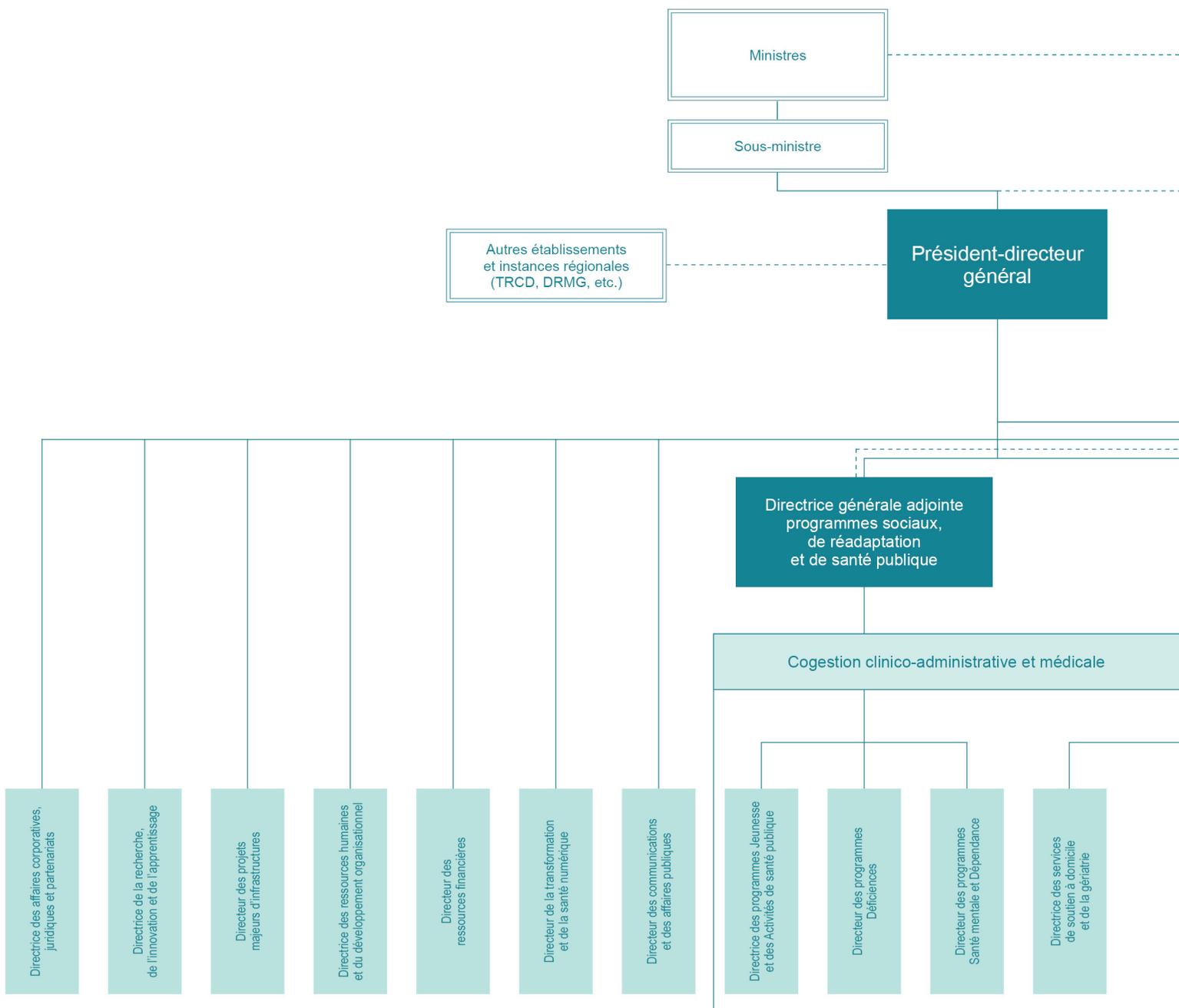
Pour plus d'information sur l'ensemble des soins et services que nous offrons à la population, rendez-vous sur notre site Internet à : santemonteregie.qc.ca/ouest.

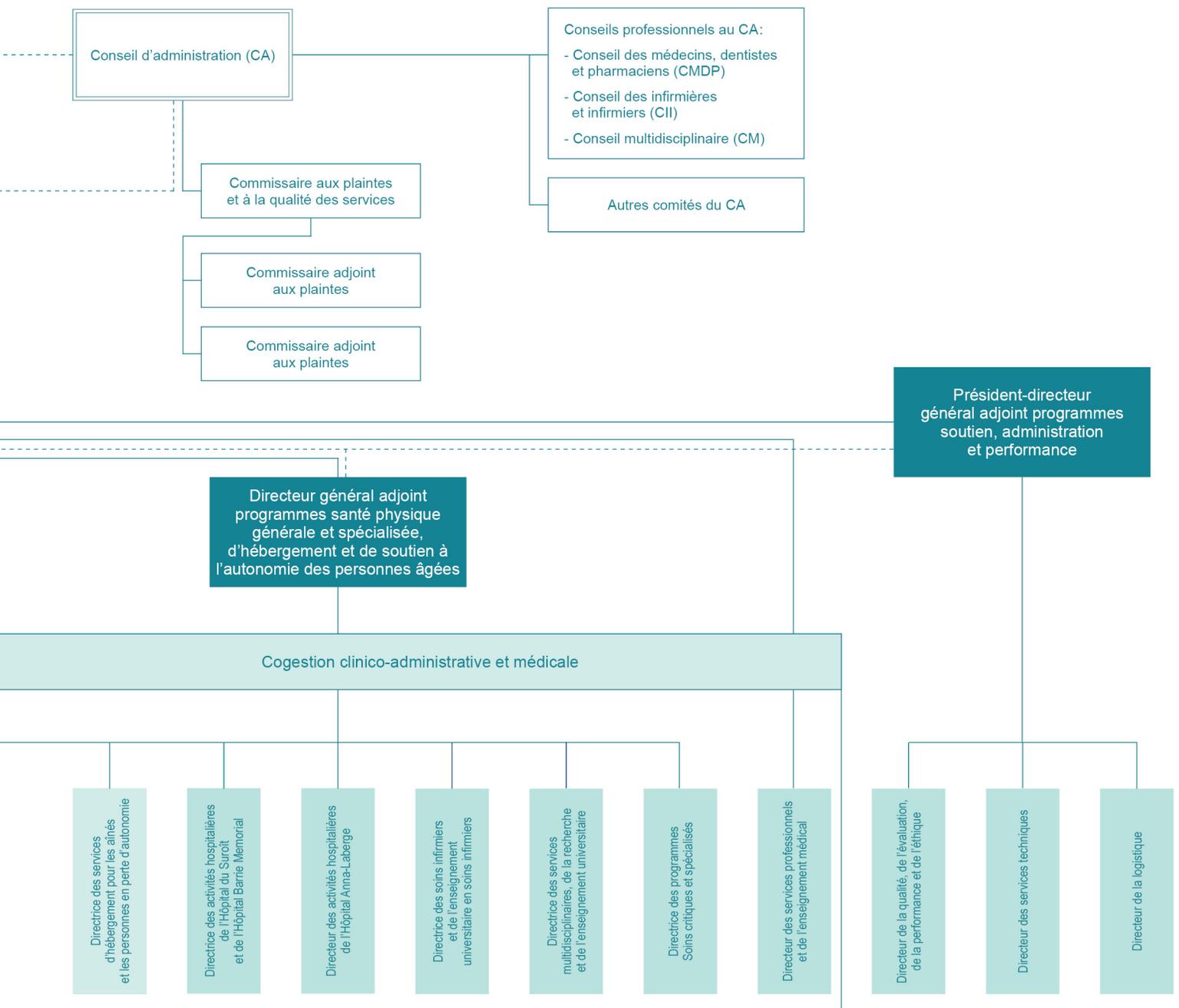
* Les services du CLSC sont dispensés également à domicile et en milieu scolaire.

** Les services de vaccination sont également offerts dans la communauté.

Structure de l'organisation

Au 31 mars 2024





Comité de direction

Au 31 mars 2024

Direction générale

Philippe Gribeauval

Président-directeur général

Dominique Pilon

Président-directeur général adjoint

Bernard Cyr

Directeur général adjoint des programmes de santé physique générale et spécialisée, d'hébergement et de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Johanne Fleurant

Directrice générale adjointe des programmes sociaux, de réadaptation et de santé publique

Annie Poirier

Directrice des affaires corporatives, juridiques et partenariats

Directions

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

Isabelle Lefebvre

Directrice des services de soutien à domicile et de la gériatrie

David Gaulin

Directeur des programmes Santé mentale et Dépendance

Marie-Ève Sévigny

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

Philippe Gribeauval

Directeur des services professionnels et de l'enseignement médical par intérim

Lyne Daoust

Directrice des programmes de Soins critiques et spécialisés

Hélène Lamalice

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

Patrick Dubois

Directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique par intérim

Alain Desmarais

Directeur des services techniques

Bruno Auclair

Directeur de la logistique par intérim

François Brochu

Directeur des communications et des affaires publiques

Martin Ouellet

Directeur des projets majeurs d'infrastructures

Josée Blais

Directrice des ressources humaines et du développement organisationnel

Luc Labelle

Directeur des ressources financières

Éric St-Onge

Directeur des activités hospitalières de l'Hôpital Anna-Laberge

Nancy Malenfant

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

Nicolas Léger Bourgoin

Directeur de la transformation et de la santé numérique

Kathy Malas

Directrice de la recherche, de l'innovation et de l'apprentissage

Conseil d'administration

Liste des membres au 31 mars 2024

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

Marie-Claude Bastide

Conseil multidisciplinaire (CM)

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)

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

Poste vacant

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 2023-2024. 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 – projets majeurs d'infrastructures
- 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

Services de sage-femme de la Vallée

C'est le 2 février 2024 qu'a eu lieu l'ouverture officielle de ces services. Cette ouverture est l'aboutissement de nombreux travaux, dont notamment la signature de l'entente de collaboration relative à la pratique des sages-femmes avec les médecins et le personnel de l'établissement et l'élaboration du fonctionnement avec les deux unités de naissance. Une première sage-femme a été embauchée en avril 2023, suivie d'une deuxième en août 2023. L'équipe de sages-femmes sera complète à l'automne 2024. Nous avons commencé les premiers suivis de grossesse au mois d'octobre 2023 et nous avons eu le bonheur d'accueillir la première naissance le 25 mars 2024.

Points de services locaux et équipe mobile

Cinq centres de vaccination et dépistage déployés pendant la pandémie de COVID-19 ont été pérennisés en 2023. Étant maintenant nommés Point de service local, ces sites ont pour objectifs de faciliter l'accès aux services, désengorger les CLSC et les hôpitaux, consolider et optimiser l'utilisation des espaces et des ressources humaines tout en restant agiles pour répondre efficacement à de futurs besoins. De nouveaux services se sont ajoutés cette année, tels que la vaccination régulière de 4 à 100 ans, le dépistage du cancer colorectal et du streptocoque A pour les personnes éligibles ainsi que des services de prélèvements sanguins.

De plus, afin d'offrir des services de proximité en vaccination aux résidents des Jardins-de-Napierville, des cliniques mobiles ont été déployées dans cinq municipalités de la MRC (Hemmingford, Napierville, Sainte-Clotilde, Saint-Édouard et Saint-Rémi) et l'organisme communautaire Vent d'espoir. 1 700 personnes ont été vaccinées près de chez eux et plus de 3 500 vaccins ont été administrés. La grande collaboration des partenaires de la MRC a été un gage de succès.

Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) du Suroît

L'unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) du Suroît a le mandat d'offrir une hospitalisation brève pour les usagers nécessitant un court séjour d'hospitalisation, soit de 24 à 72 heures, avec comme objectif principal de stabiliser la crise. Depuis son ouverture en décembre 2023, nous avons desservi plus de 150 usagers; ce qui a contribué considérablement à diminuer le temps d'hospitalisation de l'unité de psychiatrie et d'avoir une meilleure fluidité de nos lits d'hospitalisation de courte et de longue durée. L'UIBP favorise la fluidité dans la trajectoire de soins et de services en offrant des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle et en misant davantage sur la collaboration avec les équipes spécialisées en santé mentale.

Prolongation des heures d'ouverture et offre de service bonifiée en médecine de jour

Nous vivons actuellement de grands enjeux en regard à la fluidité hospitalière. Pour y remédier, différentes alternatives à l'hospitalisation existent. La médecine de jour est l'une d'elles puisqu'elle permet de donner un congé précoce à l'utilisateur. À l'Hôpital Anna-Laberge, l'optimisation des services en médecine de jour a permis la prolongation des heures d'ouverture jusqu'à 18 heures en semaine et l'ouverture de 8 h à 16 h la fin de semaine ainsi que lors des jours fériés. À l'Hôpital du Suroît, l'ouverture est de 8 h à 16 h en semaine.

La médecine de jour a pour mission d'offrir des services ambulatoires de deuxième ligne à l'utilisateur capable de se déplacer et dont la condition de santé ne requiert pas d'hospitalisation, mais nécessite l'accès à un plateau technique spécialisé avec une évaluation, intervention et surveillance infirmière. La révision de la programmation clinique a permis d'ajouter de nouvelles spécialités comme la clinique de plaies complexes, la clinique de suivi postinfarctus et ponction lombaire.

Formation des champions en sécurisation culturelle

Depuis 2021, le projet en sécurisation culturelle avance très bien et plusieurs actions ont vu le jour en collaboration avec les membres de la communauté de Kahnawake. Il importe de souligner la création d'une formation sur mesure d'une journée complète pour le personnel de l'établissement offerte par les membres de la communauté.

Le fait d'avoir des champions en sécurisation culturelle dans certaines de nos installations, comme à l'Hôpital Anna-Laberge, permet d'assurer un meilleur accueil des membres de la communauté et une prestation de soins et de services empreinte d'ouverture et de respect. C'est une richesse de pouvoir compter sur nos ambassadeurs qui veilleront à la mise en place de pratiques culturellement sécuritaires au sein de nos équipes!

Le fait d'avoir des champions en sécurisation culturelle dans certaines de nos installations, comme à l'Hôpital Anna-Laberge, permet d'assurer un meilleur accueil des membres de la communauté et une prestation de soins et de services empreinte d'ouverture et de respect.

Attraction, rétention et bien-être au travail

CISSSMO une carrière à proximité — Une campagne pour rejoindre les candidats

L'hiver dernier, une campagne majeure visant à recruter du personnel infirmier ainsi que des professionnels de la santé et des services sociaux a été lancée. Grâce à une stratégie percutante élaborée sur plusieurs canaux, nous avons touché notre cible là où elle se trouvait: affichage numérique sur les campus, capsules sur TikTok, publicité à la radio, reportage inspirant sur URBANIA et plus encore.

Résultat? Un intérêt massif des candidats avec plus de 60 000 visiteurs sur emplois-cisssmo.ca et **560 embauches** de tous les titres d'emplois, dont plus de 150 dans les catégories ciblées par la campagne (catégorie 1 et 4). Mais au-delà des chiffres, cette campagne incarne notre engagement profond envers le développement professionnel, les nombreuses possibilités d'emploi partout en Montérégie et l'avenir prometteur incarné par le futur hôpital de Vaudreuil-Soulanges. Chaque visuel et chaque mot reflètent la force de notre organisation et de notre marque employeur « Pour que votre humanité s'exprime pleinement ».

espaceMÉDICAL: une plateforme Web et une cyberlettre pour simplifier la diffusion d'information

Lancé le 11 mai 2023, espaceMÉDICAL vient répondre au besoin d'information des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Se déclinant sous la forme d'une plateforme Web et d'une cyberlettre, ce projet offre un accès simplifié à une documentation pertinente à la pratique. Avant d'être déposé sur la plateforme, chaque document est soigneusement sélectionné, révisé et répertorié par catégorie afin d'en faciliter la recherche et d'en garantir la clarté.

Avec un taux d'ouverture moyen de 55%, la cyberlettre hebdomadaire offre un condensé des nouvelles et documents déposés, réduisant ainsi considérablement le nombre de courriels reçus par les membres du CMDP. Grâce à espaceMÉDICAL, ces derniers bénéficient d'une communication efficace, fluide et facile d'accès, contribuant à leur pratique médicale au quotidien.

Un intérêt massif des candidats avec plus de 60 000 visiteurs sur emplois-cisssmo.ca et **560 embauches** de tous les titres d'emplois, dont plus de 150 dans les catégories ciblées par la campagne (catégorie 1 et 4).

À l'écoute des besoins de nos populations vulnérables

Avancement des travaux Agir tôt

Les efforts pour la mise en place du programme Agir tôt se sont poursuivis cette année avec nos partenaires dans le domaine du langage et du trouble du spectre de l'autisme visant à améliorer l'accessibilité aux enfants âgés de 0 à 5 ans présentant des retards significatifs nécessitant des interventions de divers niveaux de services. Les travaux visent un accès plus rapide à ces services et une orientation du jeune en fonction de ses besoins.

Ces travaux ont été rendus possibles grâce à une collaboration exceptionnelle des directions jeunesse et DI-TSA-DP des trois établissements de la Montérégie et de la volonté de nos intervenants à travailler ensemble pour améliorer la fluidité des services pour les jeunes et leurs familles de la région. Notre résultat cumulatif final de 2023-2024, soit 910 enfants dépistés, nous permet de nous classer parmi les plus performants des CISSS et CIUSSS du Québec en matière de ratio d'enfants dépistés par rapport au nombre d'enfants par territoire.

Des services de réadaptation pour la clientèle lésée médullaire

Le projet visait à fournir des services de réadaptation en unité de réadaptation fonctionnelle intensive aux adultes atteints de lésions médullaires résidant dans la région de la Montérégie. Il a mobilisé une équipe pluridisciplinaire de 14 intervenants et médecins pour développer une approche concertée répondant aux besoins complexes de cette clientèle.

Ce projet a permis de mettre en place des pratiques fondées sur des données probantes, facilitant ainsi l'accès des usagers à des services adaptés près de leur domicile dès le début de leur réadaptation. En moyenne, 43 usagers bénéficient chaque année de cette initiative, profitant ainsi d'un soutien plus proche de leur environnement de vie.

Notre résultat cumulatif final de 2023-2024, soit 910 enfants dépistés, nous permet de nous classer parmi les plus performants des CISSS et CIUSSS du Québec en matière de ratio d'enfants dépistés par rapport au nombre d'enfants par territoire.

L'intégration des démarches d'optimisation de la médication pour tous les centres d'hébergement à l'aide d'OPUS-AP/PEPS

L'objectif de la démarche Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services — Antipsychotiques (OPUS-AP) est d'améliorer la qualité et l'expérience de soins pour les personnes hébergées vivant avec un trouble neurocognitif ou des symptômes de démence, leurs proches et les prestataires de soins, par l'application d'approches de base et d'interventions non pharmacologiques. Le Programme d'évaluation de la personnalisation des soins (PEPS) vise, tant à augmenter la proportion de personnes hébergées recevant une pharmacothérapie appropriée, qu'à diminuer le nombre de médicaments peu ou pas appropriés, et ce, pour l'ensemble des personnes hébergées en CHSLD.

Avec l'arrivée de pharmaciens dans chacun de nos CHSLD, ce programme est déployé dans 100 % de nos installations. Ce modèle repose sur l'augmentation de l'autonomie professionnelle des pharmaciens et des infirmières, la réorganisation stratégique des soins, la formation du personnel soignant et la révision des médicaments par le pharmacien, en collaboration interdisciplinaire.

Développement de l'offre de service du traitement intensif bref à domicile (TIBD)

Cette offre de service vise à offrir des soins aigus en santé mentale pour des personnes qui nécessitent une hospitalisation, mais pour qui il est sécuritaire, avec notre équipe de professionnels et un psychiatre, de faire cette hospitalisation à domicile.

L'année 2023-2024 nous aura permis de nous préparer à recevoir nos premiers usagers en avril 2024. Ajoutons que nous avons la chance d'être accompagnés par l'équipe du CIUSSS de

la Capitale-Nationale, qui offre l'hospitalisation à domicile en santé mentale depuis plusieurs années et qui est mandaté pour accompagner les équipes du Québec dans le développement de cette offre de service prometteuse. Cette alternative à l'hospitalisation se traduira par des soins accessibles et par une diminution des visites à l'urgence pour des besoins pouvant être répondus dans la communauté.

Nouvelle implantation de chariots rethermalisants au CHSLD Docteur-Aimé-Leduc

En 2024, nous avons franchi une étape supplémentaire dans l'amélioration de nos services alimentaires avec l'installation de chariots rethermalisants au CHSLD Docteur-Aimé-Leduc. Ces équipements à la fine pointe de la technologie, qui garantissent le maintien en température adéquate des repas, sont désormais opérationnels, permettant de servir des aliments chauds ou de conserver au frais ceux qui doivent l'être. Cette initiative s'inscrit dans le cadre d'un projet plus large qui cible à équiper tous nos CHSLD, un projet significatif dans l'amélioration de notre offre de service.

L'engagement et le savoir-faire de notre équipe des services alimentaires, appuyée par le service des installations matérielles, ont été cruciaux pour mener à bien cette implantation qui contribue directement à l'amélioration de la qualité de vie de nos personnes hébergées. Avec cette nouvelle avancée, nous avons maintenant neuf CHSLD équipés et il est prévu que les deux derniers, les CHSLD d'Ormstown et du Comté-de-Huntingdon, suivront dans l'année à venir. Ce rythme soutenu d'amélioration témoigne de notre engagement continu envers le plaisir de manger et la qualité de vie des personnes hébergées que nous avons le privilège de servir.

Modernisation des technologies

L'amélioration de l'accessibilité aux soins et services grâce à la télésanté

Nous avons procédé au déploiement du suivi virtuel en milieu de vie dans les groupes de médecine de famille (GMF) pour la clientèle ayant certaines maladies chroniques. Par exemple, les usagers, à l'aide de la technologie, ont accès à un suivi clinique à partir de leur domicile. Cela permet d'augmenter l'accessibilité aux soins et services aux usagers ayant des maladies chroniques sans qu'ils se déplacent dans nos installations.

En utilisant la plateforme technologique, les équipes de soins ont accès aux données en temps réel des usagers, ce qui permet une prise en charge et une stabilisation plus rapide de leur état de santé. Des rencontres virtuelles sont même organisées en cas de besoin. Puisqu'il y a un gain de temps chez les équipes de soins, la capacité d'admettre ou de voir plus d'usagers est alors très favorable. Depuis juin 2023, l'équipe de huit GMF de notre territoire ainsi que celle du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) ont été formées. À ce jour, 60 usagers sont inscrits au service et sont suivis par l'équipe des GMF et du GAP. D'ici septembre 2024, nous prévoyons former huit autres GMF du territoire.

Guichet d'accès à la première ligne : passage à l'ère numérique

Le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) est passé à l'ère numérique. Le GAP permet aux usagers sans médecin de famille un aiguillage vers un service de soins de santé approprié à sa condition. Il peut s'agir d'un soin préventif ou d'un besoin ponctuel. Le GAP reçoit entre 110 et 230 demandes numériques par jour, et ce, 365 jours par année. Plus de 80% de ces demandes sont traitées en moins de 36 heures. Cette amélioration significative permet à tous les usagers de recevoir des soins de santé, par différents professionnels, dans des délais raisonnables.

Nouvelle unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM)

Une URDM est essentielle au bon fonctionnement des services de santé, puisque c'est à cet endroit que tous les instruments médicaux souillés sont désinfectés et stérilisés. L'unité de l'Hôpital du Suroît a été complètement réaménagée grâce à un investissement de 8,8 M\$. Ces travaux d'envergure ont duré 80 semaines et ont été chapeautés par la Direction des services techniques et la Direction des programmes Soins critiques et spécialisés.

Le GAP reçoit entre 110 et 230 demandes numériques par jour, et ce, 365 jours par année. Plus de 80% de ces demandes sont traitées en moins de 36 heures.

Ce réaménagement comprend plusieurs avantages, notamment l'augmentation de la capacité de retraitement, un système de traçabilité des dispositifs, des équipements à la fine pointe de la technologie, un seul environnement ayant une superficie plus de deux fois supérieure à l'unité originale, une marche unidirectionnelle des dispositifs médicaux, diminuant ainsi le risque de contamination croisée. Cette unité répond aux exigences les plus récentes, selon les normes d'Agrément Canada.

Prix et bon coup

Prix Stars du Réseau de la santé pour le projet Ma plante à moi

Ce projet, mis en place par une équipe formée de professionnelles de la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance, la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire, influence positivement le rétablissement des usagers en hébergement dépendance en incorporant la nature dans leur réadaptation.

Prix d'excellence Jean-Latreille du Réseau de cancérologie de la Montérégie pour le projet Offre de formation structurée sur la plateforme Environnement numérique d'apprentissage (ENA)

L'équipe de soins palliatifs et de fin de vie de la Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie a remporté ce prix lors du colloque annuel du Réseau de cancérologie de la Montérégie.

Prix Profession Santé remis à l'équipe du Guichet d'accès à la première ligne dans la catégorie Collaboration interprofessionnelle – Communautaire

C'est près de 110 000 personnes sans médecin de famille en Montérégie-Ouest qui sont mieux desservies grâce à la collaboration de l'équipe du GAP, œuvrant au sein de la Direction des services professionnels et de l'enseignement médical, et grâce au soutien des pharmaciens communautaires du territoire.

Prix Profession Santé remis à l'équipe d'insuffisance cardiaque dans la catégorie Hospitalière

La clinique d'insuffisance cardiaque se démarque puisque les instigatrices du projet sont deux infirmières praticiennes spécialisées. Que ce soit par la rapidité de la prise en charge, la vision holistique des soignants, la qualité des soins, mais également la proximité du service, plusieurs usagers ont manifesté leur satisfaction à l'égard de celui-ci. Ce projet est une réalisation de la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers, de la Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire et de la Direction des activités hospitalières de l'Hôpital Anna-Laberge.

Prix d'excellence de la Société québécoise des professionnels en relations publiques pour le Plan de positionnement et de rayonnement

La Direction des communications et des affaires publiques a remporté ce prix pour le plan de positionnement et de rayonnement visant à améliorer la réputation du CISSS de la Montérégie-Ouest auprès des publics externes.

Prix Pratique inspirante aux Journées annuelles de santé publique pour le guide « l'ABC du logement social en organisation communautaire »

Ce guide a été conçu par l'équipe d'organisation communautaire de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique pour outiller les organisateurs communautaires afin de les soutenir dans leur rôle d'accompagnement des milieux désirant développer des projets de logements sociaux.

Prix Excelsior remis à Dr Amir Besharati pour le projet Soins de santé auprès des communautés persanophones du Canada

Dr Amir Besharati, résident au GMF-U Jardins-Roussillon, a remporté le prix Excelsior en médecine familiale de la Fédération des médecins résidents du Québec. Son projet interactif intitulé *Kind Doctors* a permis de recruter 40 médecins bénévoles dans le but d'éduquer et de sensibiliser les communautés de langue persane à la médecine préventive et au système de santé au Canada.

Prix de la relève du Collège québécois des médecins de famille remis à Dre Ariane Courville-LeBouyonnet

Ce prix reconnaît les compétences en leadership dans ses premières années d'exercice, en pratique active. À peine deux ans après la fin de sa résidence, Dre Ariane Courville-LeBouyonnet assume le poste de directrice de l'enseignement au GMF-U Jardins-Roussillon. Elle a su apporter un souffle nouveau au programme de formation, et ce, en créant un milieu sain et propice à l'apprentissage de la médecine de famille.

Prix reconnaissance du Barreau du Richelieu remis à Me Isabelle Cournoyer, avocate au service des affaires juridiques

Le prix a été remis à Me Isabelle Cournoyer parce qu'elle s'est démarquée pour ses réalisations professionnelles, personnelles et sociales. Avocate pour le CISSS de la Montérégie-Ouest depuis 2015, elle pratique notamment en droit de la santé et des personnes, domaine pour lequel elle a développé une expertise pointue.

L'importance de la divulgation — une vidéo de sensibilisation

La divulgation des incidents et des accidents ayant entraîné ou susceptibles d'entraîner des conséquences pour l'utilisateur est obligatoire. Au-delà de cette obligation légale, la réalisation de la divulgation permet entre autres de contribuer à une relation de partenariat basé sur la confiance et la transparence avec les usagers et leurs proches.

Afin de démontrer aux intervenants et aux gestionnaires l'impact positif de la divulgation pour les usagers et les proches, une brève et touchante vidéo de sensibilisation, réalisée avec la Direction des communications et des affaires publiques, incluant le témoignage d'un proche aidant, a été diffusée sur intranet ainsi qu'à une rencontre des gestionnaires et au conseil d'administration.

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



Entente de gestion et d'imputabilité

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

1 Enjeu: Une organisation plus humaine du travail Orientation: Devenir un employeur de choix

Objectif: Améliorer la satisfaction au travail du personnel du ministère et de son réseau

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau.	75,50 %	71,3 %	N. D.	76,50 %
Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur.	N. A.	N. A.	30,4 %	N. D.

Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau: Grâce à des outils de suivi développés à l'interne, nous pouvons confirmer que la progression de l'indicateur avance bien. Différentes actions personnalisées sont réalisées en continu pour accroître le sentiment d'appartenance, comme un appel après trois mois d'ancienneté par les directeurs, l'ouverture d'une boutique en ligne avec des articles à l'effigie de la marque employeur, et l'implantation de l'autogestion des horaires dans les secteurs 24/7 permettant une meilleure prévisibilité et une meilleure conciliation travail-vie personnelle.

Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur: Aucune cible n'était établie pour 2023-2024. Le résultat au 31 mars 2024 servira de mesure comparative de départ et agira à titre de cible pour l'engagement de la prochaine année.

Objectif : Soutenir la force de main-d'œuvre du réseau

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante.	N. A.	N. A.	N. D.	833 251

Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante :

À l'aide des outils de suivi développés à l'interne, nous pouvons confirmer que l'indicateur ne sera pas atteint pour 2023-2024. Le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) a été la solution pour compenser la pénurie de personnel dans plusieurs secteurs afin de maintenir l'offre de soins et de services aux usagers et de répondre aux indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité du ministère. Afin de cesser l'utilisation de la MOI, plusieurs actions ont été déployées :

- Création d'une structure de gouvernance mettant les directeurs cliniques au cœur de la démarche et d'un comité de vigie stratégique;
- Mise en œuvre de cinq chantiers contribuant à la résorption de la main-d'œuvre indépendante;
- Approche granulaire des embauches permettant de rencontrer plus de 500 ressources issues de la main-d'œuvre indépendante, dont un tiers est nouvellement embauché ou en processus de le devenir.

Objectif : Conscientiser le personnel du réseau aux réalités autochtones

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones.	100 %	100 %	100 %	100 %

Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones : L'engagement est atteint.

2 Enjeu : Une population en santé

Orientation : Être proactif et agir de façon préventive

Objectif : Offrir une protection optimale pour la population contre les maladies évitables

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Proportion des élèves de 3 ^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète.	75,30 %	N. A.	75,7%	78 %

Proportion des élèves de 3^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète : Résultat annuel basé sur l'année scolaire se terminant au mois d'août. Plusieurs actions ont été déployées, dont l'envoi de lettres pour sensibiliser les parents et les élèves sur l'importance de la vaccination, ainsi qu'une grande campagne de vaccination à travers les écoles de la Montérégie-Ouest.

Objectif : Diminuer la mortalité liée au cancer

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Pourcentage d'usagers traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours.	56,5%	85%	57,9%	65%

Pourcentage d'usagers traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours : L'engagement est atteint à 89%. Ce résultat est attribuable en partie au retard occasionné par la grève dans le réseau et à la pénurie de main-d'œuvre spécialisée. Toutefois, les chirurgies oncologiques restent prioritaires sur le plan de la planification, à l'exception de certaines tumeurs peu évolutives pour lesquelles les chirurgies sont repoussées au-delà du délai de 28 jours sans risque pour la santé de l'usager. De plus, une quatrième salle de chirurgie a été ouverte à l'Hôpital du Suroît à l'automne, et des analyses sont en cours pour valider la faisabilité d'en ouvrir une cinquième. Un mécanisme de suivi hebdomadaire des chirurgies oncologiques hors délai a été mis en place en vue de rattraper le retard.

3 Enjeu : Un accès aux soins et services en temps opportun

Orientation : Offrir une expérience d'utilisateur axée sur l'accessibilité et la qualité

Objectif : Favoriser le développement optimal des jeunes

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt.	818	427	910	534
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt : L'engagement est atteint.				

Objectif : Permettre un accès rapide aux services en santé mentale

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Proportion d'utilisateurs ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits.	N. A.	N. A.	44,59%	47%
Proportion d'utilisateurs ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits : La croissance du résultat tout au long de l'année est notable, mais l'indicateur n'est pas atteint en raison des difficultés de rétention des spécialistes en santé mentale. Pour contrer ces défis, un intervenant pivot a été intégré à l'équipe de santé mentale jeunesse. De plus, le réaménagement des horaires de travail de certains professionnels (passant de 35 heures à 37,5 heures par semaine) a permis d'améliorer la prise en charge en service de deuxième ligne afin de respecter les délais prescrits.				

Objectif : Favoriser l'accès au soutien à domicile

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Nombre d'utilisateurs en attente d'un premier service de soutien à domicile.	1 066	N. A.	951	826
Nombre total d'utilisateurs recevant des services de soutien à domicile.	16 221	15 097	16 650	15 853
Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile.	2 589 648	1 918 987	2 843 422	2 671 656
Nombre d'utilisateurs en attente d'un premier service de soutien à domicile : L'engagement n'est pas atteint, principalement en raison des besoins croissants de la population vieillissante qui augmentent plus rapidement que la capacité de prise en charge des services de soutien à domicile. Un grand nombre d'utilisateurs attendent une place en ressource intermédiaire ou en centre d'hébergement de soins de longue durée, ce qui se traduit par une liste d'attente importante pour les équipes du soutien à domicile. Un projet pilote en soutien à domicile avec le ministère est en cours de déploiement, ce qui inclut notamment la mise en application de critères de priorisation et de gestion des listes d'attente. De plus, des indicateurs et des cibles sont en cours d'élaboration pour permettre une meilleure prise en charge des utilisateurs par les équipes interdisciplinaires.				
Nombre total d'utilisateurs recevant des services de soutien à domicile : L'engagement est atteint.				
Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile : L'engagement est atteint.				

Objectif : Améliorer l'accès aux services de première ligne et de proximité

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Pourcentage d'usagers ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales.	N. A.	N. A.	37,58 %	20 %
Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation.	N. A.	N. A.	65,90 %	70 %
Pourcentage d'usagers attirés à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne.	N. A.	N. A.	84,82 %	86 %

Pourcentage d'usagers ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales :
L'engagement est atteint.

Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation : L'engagement est atteint à 94 % et montre une très belle progression depuis l'été 2023. Le défi actuel réside dans l'accessibilité aux données, car il s'agit d'un indicateur complexe qui touche plusieurs directions cliniques. Ainsi, pour être en mesure d'outiller ces directions et leur permettre un suivi sur mesure pour la mise en place d'actions d'amélioration, d'importants travaux de développement de tableaux de bord ont été entamés.

Pourcentage d'usagers attirés à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne : L'engagement est atteint à 99%. Ce résultat est attribuable au manque de médecins de famille en raison de leur départ massif à la retraite. De plus, les discussions complexes à l'échelle provinciale entre les médecins travaillant dans un groupe de médecine de famille (GMF) et le ministère pour la prise en charge des patients orphelins occasionnent un ralentissement des inscriptions des patients du Guichet d'accès à la première ligne en assignation collective dans les GMF. La création de groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) et le recrutement d'infirmières cliniciennes spécialisées contribueront à améliorer la situation. Dès leur entrée en fonction, elles prendront en charge certains patients qui n'ont pas de médecin de famille. De plus, le recrutement de trois médecins omnipraticiens dans la région contribuera à améliorer la prise en charge.

Objectif : Assurer une meilleure accessibilité à l'urgence

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle.	185	176 minutes	158,93	128 minutes
Durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence.	33,10	23,6 heures	28,35	30 heures

Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle : L'engagement n'est pas atteint. Plusieurs actions visant à améliorer la fluidité hospitalière et organisationnelle sont implantées ou en cours de mise en œuvre en collaboration avec plusieurs directions cliniques et les médecins. Le suivi des séjours et la planification précoce et conjointe des congés, le plan de désencombrement organisationnel et la réorientation des usagers ayant des problèmes non urgents sont des mesures mises en place pour assurer un séjour optimal et pertinent pour la clientèle fréquentant les urgences. Dans les deux principaux hôpitaux, des salles de pilotage sont en fonction afin de suivre cet indicateur, d'identifier les enjeux et de mettre en place les actions requises pour améliorer la situation. De plus, nous sommes en cours d'implantation d'un système d'information qui, en plus de soutenir les équipes soignantes, permettra de collecter des données en temps réel sur l'occupation de la salle d'urgence. Une réorganisation du travail est également en cours, ce qui nous permettra d'intégrer une zone d'évaluation rapide (ZER) cet automne ainsi qu'une unité d'hospitalisation brève (UHB). À cette offre s'ajouteront 25 lits de courte durée ainsi qu'une unité d'intervention brève (UIB), ce qui aura un impact positif sur la durée moyenne de séjour.

Durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence : L'engagement est atteint. Toutefois, il est primordial pour l'organisation de réduire davantage la durée moyenne de séjour.

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023	Résultats au 31 mars 2024	Engagement 2023-2024
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an.	1 516	540	815	663

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an : Bien que nous n'ayons pas atteint l'engagement, nous avons réduit de plus de 45 % le nombre de chirurgies hors délais au cours de la dernière année par rapport à l'année précédente. Plusieurs actions ont permis de réduire considérablement le nombre de chirurgies hors délais, entre autres par l'ajout de priorités opératoires en centre médical spécialisé (CMS), l'achat d'équipements spécialisés améliorant la performance, l'optimisation des priorités opératoires en orthopédie, l'ouverture de la quatrième salle de chirurgie à l'Hôpital du Suroît à l'automne et l'option d'une deuxième offre pour être opéré dans un autre hôpital pour certains usagers orthopédiques hors délais.



Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité



Sécurité et qualité des soins et des services

Agrément

Tout établissement doit obtenir, auprès d'un organisme d'accréditation reconnu, l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense (Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) chapitre S-4.2 article 107.1). Agrément Canada est un organisme indépendant et à but non lucratif qui évalue et certifie l'ensemble des établissements. La démarche d'accréditation se déroule sur un cycle de cinq ans et se subdivise en cinq séquences. Cette méthodologie cyclique est basée sur des normes issues des meilleures pratiques et permet d'évaluer l'excellence des soins et des services dans une démarche d'amélioration continue. L'accréditation est renouvelée à la fin de chaque cycle. À la suite du cycle 2018-2023, Agrément Canada a confirmé le maintien du sceau d'accréditation pour le CISSS de la Montérégie-Ouest, comme établissement agréé, en septembre 2023.

Le cycle 2023-2027 a commencé par une visite d'Agrément Canada du 17 au 22 mars 2024. L'évaluation a porté sur les normes de leadership et de situations d'urgence et de sinistres ainsi que sur les normes transversales comme la télésanté, la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Les normes portant sur la santé publique ont par ailleurs été évaluées simultanément sur l'ensemble du territoire de la Montérégie du 18 au 23 février 2024.

En préparation à cette première séquence de ce nouveau cycle d'accréditation, la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique a soutenu les différentes équipes dans leur préparation à la visite par la mise en place d'un outil intégré d'autoévaluation et de plan d'amélioration lié à un tableau de bord organisationnel, en réalisant 37 visites qualité dans les milieux cliniques et sept rencontres simulées pour les normes leadership ainsi qu'en rendant disponibles de multiples capsules d'information.

Prochaines visites d'Agrément Canada

En mars 2025, nous recevrons les visiteurs d'Agrément Canada pour la deuxième séquence du cycle 2023-2027. L'établissement sera évalué sur les normes touchant les programmes Santé mentale et Dépendance ainsi que les programmes Jeunesse.

Reddition de comptes des plans d'amélioration

Au courant de l'année 2023-2024, deux redditions de comptes ont été réalisées auprès d'Agrément Canada afin de démontrer l'état d'avancement des plans d'amélioration à la suite des visites du cycle 2018-2023.

Ainsi, les travaux visant à établir des mesures appropriées entre autres en regard du bilan comparatif des médicaments, du cheminement des usagers, de la gestion des déchets biomédicaux et de la prévention des chutes ont été soumis en mai et en novembre 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.

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 des incidents et des accidents chez les usagers, des formations asynchrones ont été offertes sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) et synchrones, tant en présentiel qu'en virtuel. Ainsi, près de 4 116 participants ont assisté aux formations en gestion de la qualité et des risques durant l'année 2023-2024. De plus, nous avons formé et sensibilisé nos partenaires à l'importance de la déclaration des événements indésirables.

Depuis juillet 2023, la déclaration des incidents et des accidents pour les partenaires externes de la Direction des programmes Soins critiques et spécialisés, comme les cliniques médicales spécialisées, a migré vers un mode de déclaration sans papier à la suite du déploiement de la déclaration téléphonique. En plus d'optimiser la durée du processus, cette modernisation des modalités de déclaration permet aux partenaires externes d'informer en temps réel l'établissement d'un événement indésirable impliquant les usagers. Une analyse rapide de la situation et une mise en place de filets de sécurité sont ainsi possibles.

Également, 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. En octobre 2023, des activités de promotion se sont tenues dans le cadre de la Semaine nationale sur la sécurité des patients dans sept installations (hôpitaux, CHSLD, CLSC et centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme) ainsi que par le biais des communications sur intranet.

Afin de faire connaître aux usagers et à leurs proches leur contribution au mécanisme de déclaration des incidents et des accidents, de l'information a été ajoutée à ce sujet sur le portail Santé Montérégie.

Par ailleurs, une vidéo de promotion sur la divulgation des incidents et des accidents aux usagers ou à leurs proches a été diffusée au sein de l'établissement à partir de février 2024. Cette dernière a comme objectif de sensibiliser les employés et les gestionnaires à l'impact positif de la divulgation complète. Elle servira aussi à maintenir la relation de confiance et de partenariat avec les usagers et leurs proches. Le lien intranet permettant d'accéder à la vidéo est intégré sur le feuillet d'accueil remis aux nouveaux employés.

Finalement, la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité a été révisée et approuvée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en décembre 2023 puis par le conseil d'administration en janvier 2024. Depuis, des activités de diffusion de la politique au sein de l'établissement et auprès de nos partenaires sont en cours. L'élaboration de nombreux outils visant à soutenir les employés de l'établissement est en développement. Des formations sont offertes sur l'ENA et ont été suivies par 4 523 personnes au cours de l'année 2023-2024.

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	2023-2024		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Autres types d'événements	450	26,36 %	2,08 %
Médication	445	26,07 %	2,06 %
Retraitement des dispositifs médicaux	212	12,42 %	0,98 %

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	2023-2024		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	7 975	40,26 %	36,89 %
Médication	4 349	21,96 %	20,11 %
Autres types d'événements	3 608	18,22 %	16,69 %

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

Le comité de gestion des risques s'est réuni à cinq reprises cette année. Quelques changements au niveau des membres du comité ont également eu lieu au cours de l'année 2023-2024.

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;
- Agrément Canada.

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

- Les déclarations des incidents et des accidents chez les usagers;
- Les déclarations d'événements accidentels chez les employés.

Les événements sentinelles survenus dans nos urgences ont retenu l'attention. Plusieurs discussions ont eu lieu sur le sujet et des recommandations ont été entérinées.

Les mesures en place par l'établissement pour surveiller, prévenir et contrôler les infections nosocomiales et la prévention et contrôle des infections se sont poursuivies. L'accent est maintenu sur l'hygiène des mains qui est primordiale dans la prévention des infections. Tous les efforts sont déployés afin d'atteindre les cibles fixées par l'entente de gestion et d'imputabilité.

Des rapports de surveillance des incidents et des accidents liés au retraitement des dispositifs médicaux au Québec ont été présentés lors des rencontres du comité.

La Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité a été révisée et présentée aux membres du comité et ces derniers ont recommandé son adoption.

Le dossier de la gestion intégrée des risques a été abordé à quelques reprises lors des rencontres. Des états d'avancement et des suivis ont été faits au comité de gestion des risques. Suivant toutes ces rencontres, une politique et une procédure de la gestion intégrée des risques furent adoptées. Elles permettront d'implanter une culture organisationnelle de gestion intégrée des risques, d'identifier le niveau de tolérance aux risques, de développer un langage et des outils communs, et de garantir une application cohérente et transparente du processus de gestion intégrée des risques.

Les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques ont été modifiées et recommandées pour adoption par le conseil d'administration. Ces dernières tiennent désormais compte de l'inclusion de la gestion intégrée des risques.

La prochaine année apportera donc son lot de changements quant à la façon de fonctionner de ce comité et un remaniement des membres sera effectué.

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 à travers une politique et une procédure en place dans l'établissement.

Il est important de spécifier que nous sommes à la reprise du comité tactique des mesures de contrôle et à la reprise de certains comités opérationnels depuis la pandémie. En effet, seule la Direction des programmes Déficiences (DPD) avait maintenu les activités de son comité opérationnel dans les dernières années. En l'absence des comités, un impact important sur le suivi des mesures de contrôle a pu être observé dans les milieux concernés. De plus, la pénurie de main-d'œuvre et le roulement de personnel sont également un enjeu dans le transfert de connaissances.

En raison de ces faits, nous avons constaté cette année une sous-déclaration des données dans certaines installations. Les résultats qui suivent doivent donc être analysés avec prudence. En réponse à ce constat, un plan d'action a été mis en place et sera suivi par le comité tactique des mesures de contrôle.

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

La prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle chez les personnes hébergées de nos 11 centres d'hébergement se situe en moyenne à 5 %, ce qui démontre une légère diminution comparativement à l'an dernier qui était de 6 %.

La cible que s'est donnée ce secteur de l'établissement est de 10 % et moins. Les mesures de contrôle les plus utilisées sont les vêtements restrictifs (ceinture pelvienne, mitaines et grenouillère) à 44 %, la ceinture à boucle à 18 % et la ridelle de lit à 14 %.

Secteurs déficiences

Déficience physique

Les données disponibles démontrent que 100 % des mesures de contrôle appliquées étaient planifiées, tout comme l'année précédente où le pourcentage était aussi de 100 %. Dans ce secteur, une contention avec force physique et 16 contentions instrumentales ont été appliquées (aucun isolement).

Déficiences intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

En ce qui concerne la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme, l'extraction des données informatiques des mesures de contrôle non planifiées n'a pas été possible.

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 33,15% pour les mesures de contrôle planifiées (25% en 2022-2023) et une prévalence de 67,5% à l'unité Saint-Charles (72% en 2022-2023).

Centres hospitaliers

La compilation des données concernant les mesures de contrôle est très peu effectuée et non optimale dans l'ensemble de nos milieux hospitaliers. Différents mécanismes de compilation sont utilisés dans ces milieux, soit une saisie manuelle à l'aide d'un registre papier, d'un tableau Excel ou par Hélios. D'après les directions cliniques visées, les données recueillies pour l'année 2023-2024 sont valides. Par contre, elles ne sont pas représentatives du nombre réel de mesures de contrôle appliquées. Il s'avère donc inopportun d'établir des conclusions à partir de celles-ci pour ces secteurs.

Conclusion

L'enjeu observé en lien avec la cueillette de données a été soulevé par le comité tactique des mesures de contrôle. Pour l'année 2024-2025, ce dernier a entériné la nécessité d'optimiser le processus de compilation de données dans l'ensemble des secteurs afin d'avoir un portrait réel de la situation au CISSS de la Montérégie-Ouest.

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 cinq 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 :

Soins et services

- Révision de certains triages effectués à l'urgence, par le comité responsable, afin d'évaluer la qualité du processus;
- Évaluation de la possibilité d'intégrer la consultation du Dossier santé Québec (DSQ) au processus de triage;
- Révision de dossiers d'usager dans une perspective d'évaluation de la qualité de l'acte en soins infirmiers;
- Analyse d'un dossier d'employé par la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO) et application de mesure disciplinaire si requise;
- Élaboration d'un plan d'action afin de déployer le continuum de services pour les usagers ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC);
- Révision de la procédure clinique Gestion des défunts en milieu hospitalier;
- Désignation d'un gestionnaire responsable de la morgue pour les trois centres hospitaliers;
- Formation du personnel soignant de tous les types d'emploi (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières) d'une unité de soins: approche respectueuse et adaptée aux personnes en situation de handicap et formation de base, approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier;
- Identification d'un gestionnaire répondant du Plan d'action à l'égard des personnes handicapées;
- Réalisation d'audits sur les trois quarts de travail d'une unité de soins afin de connaître les délais réels de réponse aux cloches d'appel;
- Transmission d'un rapport documentant les écarts constatés et les interventions réalisées pour corriger et maintenir la qualité des services;
- Révision d'un plan d'intervention, avec le consentement de l'usager, en collaboration avec un membre de sa famille;
- Achèvement, dès que possible, de l'évaluation des besoins sensoriels et moteurs d'un usager.

Ressource intermédiaire (RI)

et centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

- Révision d'un plan d'intervention concernant les besoins spécifiques d'une personne hébergée au niveau des soins d'hygiène, avec la participation du proche aidant, afin de déterminer les moyens devant être mis en œuvre dans le milieu pour répondre à ses besoins;
- Respect du plan d'intervention d'une personne hébergée par une RI;
- Sensibilisation auprès du responsable d'une RI :
 - Aux principes sur lesquels s'appuie le code d'éthique du CISSS de la Montérégie-Ouest (dont les valeurs de l'organisation, le partenariat avec l'usager et ses proches);
 - Aux droits des usagers;
 - À la Politique nationale pour les personnes proches aidantes;
- Mise en place de moyens pour accroître la surveillance en tout temps (jour, soir et nuit) dans un milieu de vie adapté, plus particulièrement dans les espaces communs, afin d'assurer la sécurité d'un usager.

Protecteur du citoyen

Protecteur du citoyen	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>(21-10974)</p> <p>Sur les 15 recommandations reçues le 28 avril 2022, 14 recommandations ont été traitées en 2022-2023.</p> <p>R7. Implanter le Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés.</p>	<p>Le Programme québécois de dépistage de surdité chez les nouveau-nés est en cours de déploiement dans l'organisation en collaboration avec le MSSS.</p>
<p>(23-04226)</p> <p>R1. S'assurer que les gestionnaires et intervenants de la Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie (DSHAPPA), qui sont porteurs d'une demande de relocalisation, effectuent diligemment tous les suivis requis auprès du demandeur ou de son représentant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La DSHAPPA a rappelé au gestionnaire responsable du CHSLD d'Ormstown l'importance d'assurer une communication rapide et efficace au demandeur ou son représentant lors de demandes de relocalisation (4 janvier 2024); • Le rappel a également été fait auprès des gestionnaires responsables de tous les CHSLD du CISSS de la Montérégie-Ouest (11 janvier 2024). <p>Également, la DSHAPPA s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un comité de travail afin d'élaborer et diffuser une procédure de relocalisation à partir d'un hébergement; • Créer un canal de communication entre les différentes directions concernées.
<p>R2. Formaliser, sous la responsabilité du Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie (GASSA), un mécanisme de collaboration et de suivi des ententes entre les directions ou intervenants qui sont impliqués dans l'analyse d'une demande d'hébergement complexe ou litigieuse, afin d'en assurer le traitement en temps opportun.</p>	<p>Afin d'assurer une bonne fluidité, le GASSA a procédé à la mise en place des mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'un accès unique en mettant en place une ligne téléphonique et un courriel unique pour l'ensemble des demandes d'hébergement de soins de longue durée et demandes de soins postaigus (depuis décembre 2023); • Création d'une page intranet, portant sur le GASSA, permettant aux intervenants de s'y référer afin de bien comprendre et identifier les documents à soumettre pour qu'une demande d'hébergement soit considérée conforme et complète. Ceci évitant de ce fait des délais (depuis décembre 2023). <p>Une concertation entre les directions cliniques est prévue en avril 2024 afin de mettre en place un comité de concertation des cas complexes incluant un membre du comité d'éthique, le cas échéant, pour aider à la prise de position lors de situations difficiles.</p>
<p>R3. Veiller à ce que des services psychosociaux soient disponibles et offerts dès l'arrivée de toute personne admise en hébergement de longue durée dans le cadre d'une ordonnance d'hébergement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centralisation des requêtes psychosociales à l'adresse unique du GASSA. À cet effet, une note de service a été envoyée aux gestionnaires responsables de tous les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) du CISSS de la Montérégie-Ouest le 14 février 2024; • Implication immédiate de la travailleuse sociale (en priorité 1) dès l'admission d'un usager sous ordonnance d'hébergement.
<p>S1. Présenter au Protecteur du citoyen un état d'avancement des travaux d'harmonisation de la procédure clinique d'élaboration des plans d'interventions des personnes admises en hébergement de longue durée.</p>	<p>Suivi requis pour le 30 juin 2024.</p>

Protecteur du citoyen	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>(23-11438)</p> <p>R1. D'assurer l'élaboration et la révision périodique du plan d'intervention de l'usager en partenariat avec ses parents et de transmettre au Protecteur du citoyen une copie signée de ce plan et de sa mise à jour trimestrielle pendant un an.</p>	<p>Des rencontres visant à élaborer et réviser le plan d'intervention ont été réalisées. Une copie dudit plan finalisé et signé par toutes les parties prenantes a été acheminée par le service des archives le 27 novembre 2023 et le 20 février 2024. La date de révision subséquente est toujours convenue à la fin de chacune des rencontres. La prochaine révision du présent plan d'intervention est prévue le 21 mai 2024.</p>
<p>R2. De rappeler au personnel concerné par cette situation spécifique ses responsabilités en matière d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers conformément au guide de l'établissement en cette matière.</p>	<p>Le 22 janvier 2024, une communication à tout le personnel de la Direction des programmes Déficiences (DPD) a été acheminée par les gestionnaires afin de déployer l'ensemble des informations requises dans un seul et même document, intitulé Document intégrateur sur les informations entourant le plan d'intervention – janvier 2024.</p> <p>Ce document se veut un outil regroupant les informations nécessaires à l'actualisation d'un plan d'intervention à la DPD. Il vise d'abord à orienter les intervenants et les agentes administratives vers les documents de soutien déjà disponibles. De plus, son utilisation est encouragée pour asseoir l'implantation des bonnes pratiques quant au plan d'intervention, notamment lors de l'accueil de nouveaux employés ou de stagiaires, mais également en soutien à la pratique en continu.</p>
<p>(19-19642)</p> <p>Ce rapport a été transmis en juin 2021 et plusieurs recommandations ont été implantées durant les années financières 2021-2022 et 2022-2023.</p> <p>R1. S'assurer que le personnel infirmier est présent en nombre suffisant à l'urgence de l'Hôpital Anna-Laberge sur tous les quarts de travail pour offrir la surveillance et les soins requis aux usagers.</p>	<p>Les efforts sont toujours mis en place pour effectuer les réévaluations dans les délais attendus. Les 20 lits qui étaient fermés sont maintenant ouverts, faisant en sorte que tous les lits de l'Hôpital Anna-Laberge sont maintenus et ouverts. De plus, des travaux sont en cours pour l'ouverture de 40 lits supplémentaires, prévue en juin 2024, répartis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 lits d'unité d'hospitalisation brève; • 5 lits d'unité d'intervention brève; • 25 lits de courte durée. <p>Également, l'organisation est en phase de déploiement pour l'implantation du programme de Planification précoce et conjointe du congé, de même que pour la mise en place d'une salle de fluidité hospitalière.</p>
<p>R8. Mettre en place une équipe action-soutien à l'urgence selon les critères du Guide de gestion de l'urgence, sous l'appellation de l'équipe fluidité. Transmettre l'identité des membres de l'équipe, une copie de son mandat ainsi que le calendrier des rencontres prévues.</p>	<p>À l'équipe action-soutien déjà en place à l'urgence, sous l'appellation équipe fluidité, ont été ajoutés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un chef de service de la fluidité – Hôpital Anna-Laberge, en mai 2023; • Un chef intervenant réseau, en juin 2023; • Une infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat – intervenants réseau, en octobre 2023. <p>Depuis juillet 2023, il y a eu une augmentation de 13 % du taux d'ambulances, passant d'une moyenne quotidienne de 38 à 43 ambulances. Les usagers ayant un statut de niveau de soins alternatifs (NSA) ont eux aussi connu une augmentation de 30 % dans les lits de courte durée. L'hospitalisation de courte durée a elle aussi connu une hausse, passant de 11 à 15 admissions par jour.</p> <p>Les travaux d'implantation du programme de Planification précoce et conjointe du congé se poursuivent.</p>

Protecteur du citoyen	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>R10. Mise en place d'outils informatiques à l'urgence.</p>	<p>Le dossier est toujours en cours avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'acquisition d'un Système d'information et de gestion des urgences (SIGDU). Ce dernier est à l'étape de la demande d'opportunité au MSSS, avec une date d'implantation souhaitée au printemps 2024. Ce dossier est une priorité organisationnelle et est suivi par le comité stratégique de la Direction de la transformation et de la santé numérique de l'établissement.</p>
<p>R12. Développer et diffuser une politique de consultation à l'urgence visant à définir les responsabilités du médecin de l'urgence et du consultant en ce qui concerne les délais et le mode de prise de décision.</p>	<p>À la suite de la réorganisation au MSSS, avec la nomination d'un nouveau sous-ministre au printemps dernier, et des nouvelles orientations concernant la rédaction des Règles d'utilisation des ressources applicables pour tous, la documentation afférente a été rédigée et est actuellement en consultation auprès de la partie médicale pour une implantation à venir.</p>
<p>(23-01357)</p> <p>RESSOURCE INTERMÉDIAIRE</p> <p>R1. Respecter la procédure d'analyse des signalements de maltraitance prévue à la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité du CISSS de la Montérégie-Ouest.</p>	<p>La ressource a mis en place les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux formations pour tous les employés : <ul style="list-style-type: none"> - Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité; - Identification et signalement d'une situation de maltraitance envers un aîné ou toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité pour tous les employés; • Rappels des points principaux de la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité.
<p>RESSOURCE INTERMÉDIAIRE</p> <p>R3. S'assurer d'offrir en tout temps un milieu de vie conforme aux normes d'hygiène et de salubrité reconnues, conformément au Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial.</p>	<p>La ressource a mis en place les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la salubrité de l'ensemble des chambres périodiquement : Une inspection horaire de la salubrité est faite, depuis octobre 2023, et une réorganisation du travail permet un meilleur contrôle de la qualité en ce qui a trait à la salubrité; • Formation sur les bonnes pratiques en hygiène et salubrité : Les employés reçoivent dès l'embauche trois formations sur les bonnes pratiques d'hygiène et de salubrité; • Ajout d'équipements de nettoyage en septembre 2023 : Des équipements de nettoyage sont ajoutés pour faciliter le travail des employés permettant ainsi d'agir plus efficacement en moins de temps.
<p>CISSS</p> <p>R2. S'assurer que les personnes responsables de l'analyse des situations de maltraitance signalées à la ressource intermédiaire le fassent de la manière prévue à la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité du CISSS de la Montérégie-Ouest.</p>	<p>L'établissement a mis en place les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une situation déclarée par la ressource intermédiaire (RI) suivant un événement ou un contexte, l'équipe RI de l'organisation doit en faire l'analyse et l'évaluation et, ainsi, s'assurer de la mise en place de filets de sécurité afin de garantir la sécurité et l'intégrité des personnes visées par la situation; • Toute situation s'apparentant à une forme de maltraitance balisée par la politique doit faire l'objet d'une déclaration au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, et ainsi, assurer une analyse de la situation selon la politique du CISSS de la Montérégie-Ouest; • Assurer la formation continue sur la prévention de la maltraitance chez tous les employés des ressources intermédiaires (RI), des ressources de type familial (RTF) et des résidences privées pour aînés (RPA). Tous les membres de ces ressources ont déjà suivi la formation sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) au printemps dernier. Un point statutaire est à l'ordre du jour des réunions d'équipe portées par la personne-ressource en encadrement clinique.

Protecteur du citoyen	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>CISSS</p> <p>R4. S'assurer que les pratiques d'évaluation, de traitement et de suivi des usagers hébergés à la ressource intermédiaire, qui présentent des plaies ou un risque de plaie, soient conformes aux normes en vigueur et correctement documentées.</p>	<p>Les chefs du soutien à domicile, des RI et des RTF ainsi que la conseillère-cadre à la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU) ont :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mis en place le dépistage systématique du risque de lésion de pression par l'infirmière des soins à domicile pour tous les nouveaux usagers admis en RI (novembre 2023); Assuré l'application par la ressource des directives infirmières (novembre 2023); Procédé à l'évaluation des pratiques en place sur l'évaluation des traitements et suivis des usagers (réalisé en janvier 2024, audits bisannuels planifiés). <p>De plus, les chefs des RI et RTF et la conseillère-cadre à la DSIEU s'engagent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Former et assurer la pérennisation, à la RI de la Gare, du processus de repérage et de déclaration de plaie : un aide-mémoire adapté aux aides-soignantes sera créé et diffusé (juin 2024).
<p>CISSS</p> <p>R5. Rappeler aux infirmières qui assurent le suivi des usagers hébergés à la ressource intermédiaire leur obligation de déclarer les plaies de pression ou de positionnement de stade 2 et plus survenues après l'admission.</p>	<p>La chef de programme du soutien à domicile, avec le soutien de la professionnelle à la gestion de la qualité et des risques, ont :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rappelé, lors de l'intégration de nouvelles ressources au sein de l'équipe RI et des infirmières du soutien à domicile, l'obligation de déclarer toutes nouvelles plaies de pression, lorsqu'elles sont de stade 2 et plus, ainsi que d'en assurer le suivi clinique (janvier 2024); Planifié, lors des rencontres d'équipes du soutien à domicile, deux fois par année, le rappel sur l'obligation de déclaration (janvier 2024).

Coroner

Au cours de l'année 2023-2024, le Bureau du coroner a transmis au CISSS de la Montérégie-Ouest trois 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. Des mesures ont été mises en place pour donner suite aux recommandations.

Coroner	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>(2022-09749)</p> <p>Au ministère de la Santé et des Services sociaux, au CISSS de la Montérégie-Ouest et au CISSS de la Montérégie-Est :</p> <p>R2. De continuer à mettre en place des actions adaptées aux professionnels et intervenants de la santé pour déstigmatiser les problèmes de santé mentale, l'itinérance, les troubles liés à l'usage de substances et les troubles concomitants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Demander officiellement à la Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance de développer et déployer un programme de sensibilisation générale à la déstigmatisation (31 mai 2024); Poursuivre la tournée des urgences de la Montérégie par Dre Marie-Ève Turgeon, médecin-conseil en dépendance, et Dr David-Martin Milot, médecin en santé publique, afin de présenter aux médecins la trajectoire des services en dépendance (services 1^{re} ligne et services spécialisés en dépendance) (30 juin 2024); Identifier l'offre de formation disponible pour déstigmatiser les problèmes de santé mentale, d'itinérance, les troubles liés à l'usage de substances et les troubles concomitants (30 juin 2024).

Coroner	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>Au CISSS de la Montérégie-Ouest et au CISSS de la Montérégie-Est :</p> <p>R3. De mieux faire connaître aux professionnels et intervenants de la santé de la Montérégie l'éventail des trajectoires de soins et de services disponibles pour les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale, d'itinérance, d'utilisation de substances ou des troubles concomitants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les équipes cliniques de la structure de gouvernance mise en place et du sous-comité régional en dépendance et troubles concomitants impliquant les directions des programmes Santé mentale et Dépendance du CISSS de la Montérégie-Est et du CISSS de la Montérégie-Ouest (30 juin 2024); • Présenter les services en dépendance, par les chefs de service et les professionnels responsables de l'encadrement clinique (PREC), dans les équipes cliniques auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (30 juin 2024); • En tant que responsable de l'élaboration et de la diffusion de la formation 1^{re} ligne dépendance, proposer au MSSS d'intégrer à la formation volet 1 la présentation du rôle des intervenants de proximité 1^{re} ligne dans le cadre des travaux du Plan national de formation en dépendance (30 juin 2024).
<p>Au CISSS de la Montérégie-Ouest et au CISSS de la Montérégie-Est :</p> <p>R4 – Volet 1. D'identifier et mettre en place des moyens pour favoriser la collaboration, le partage de l'expertise et la continuité des soins entre les professionnels et intervenants de la santé du CISSS de la Montérégie-Est et ceux de la 2^e ligne en dépendance du CISSS de la Montérégie-Ouest.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mandater le sous-comité régional en dépendance et troubles concomitants impliquant les DPSMD du CISSS de la Montérégie-Est et du CISSS de la Montérégie-Ouest pour mettre en place un comité clinique traitant des cas complexes (30 juin 2024); • Mettre en place des liens de communication directs et planifiés entre les PREC des équipes cliniques (30 juin 2024); • Faire connaître aux équipes cliniques la section « Dépendance » sur le Portail Santé Montérégie (30 juin 2024); • Faire connaître la disponibilité et le rôle du répondant des services spécialisés en dépendance (30 juin 2024); • Faire connaître les services de l'accueil centralisé du service spécialisé en dépendance (30 juin 2024); • Faire connaître le service du mécanisme d'accès en santé mentale (30 juin 2024).
<p>Au CISSS de la Montérégie-Ouest et au CISSS de la Montérégie-Est :</p> <p>R4 – Volet 2. De mettre en place des équipes interdisciplinaires et de liaison hospitalière en dépendance au Centre hospitalier l'Hôtel-Dieu de Sorel (CHHDS) et à l'Hôpital Honoré-Mercier (HHM) afin que les usagers puissent être rencontrés, évalués, orientés et pris en charge de manière optimale et personnalisée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acheminer au MSSS une demande de financement (dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances – PUDS - 2023-2028) pour créer un poste d'infirmière en dépendance et consolider un poste d'éducateur en dépendance au Centre de réadaptation en dépendance de Sorel qui pourrait soutenir le projet de passerelle entre l'urgence du CHHDS et l'équipe des services spécialisés en dépendance (janvier 2024); • Faire connaître au personnel de l'urgence et des services en santé mentale du CISSS de la Montérégie-Est les mécanismes de référence aux services spécialisés en dépendance et le projet passerelle en dépendance mis en place à l'urgence de l'HHM (30 juin 2024); • Poursuivre les demandes de financement auprès du MSSS pour déployer une équipe de liaison en dépendance dans l'ensemble des urgences de la Montérégie qui n'en ont pas, dont au CHHDS et à l'HHM (31 janvier 2025).
<p>Au CISSS de la Montérégie-Ouest et au CISSS de la Montérégie-Est :</p> <p>R5. De rehausser l'offre de soins et services en dépendance dans le secteur de la Montérégie-Est, dont à Sorel-Tracy et à Saint-Hyacinthe, afin de répondre en temps opportun aux besoins des usagers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acheminer au MSSS une demande de financement (dans le cadre du PUDS 2023-2028) pour ouvrir un poste de spécialiste en activités cliniques pour les troubles concomitants (janvier 2024). <p>Cette action répondra également à la recommandation 6.</p>

Coroner	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>Au CISSS de la Montérégie-Ouest et au CISSS de la Montérégie-Est :</p> <p>R6. De mettre en place un nombre suffisant d'équipes de proximité en dépendance dans la communauté dans le secteur de la Montérégie-Est, dont à Sorel-Tracy et à Saint-Hyacinthe, afin de répondre en temps opportun aux besoins des usagers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune action de la part de la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD) de notre établissement ne sera mise en place, car les équipes de proximité sont sous la responsabilité des services de 1^{re} ligne, et donc, sous la responsabilité du CISSS de la Montérégie-Est pour le territoire du CISSS de la Montérégie-Est.
<p>(2022-09618)</p> <p>R1. Rehausser l'offre de soins et services pour les personnes avec un trouble de la personnalité (par exemple des groupes de soutien, des équipes médicales spécialisées, des unités de soins spécialisées).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rehaussement des équipes de crise de la DPSMD. Cette équipe intervient rapidement dans la communauté auprès de la clientèle qui présente une situation de crise, dont les personnes qui présentent un trouble de la personnalité. L'ajout de personnel dans cette équipe permet de réduire le temps de réponse pour intervenir auprès de la clientèle (septembre 2023 à janvier 2024); • Ouverture de l'unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) à l'Hôpital du Suroît (novembre 2023); • Mise en place d'un comité de travail, impliquant la DPSMD et la Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire (DSMREU), visant à bonifier l'offre de service pour les personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite (janvier 2024); • Sensibiliser et informer les équipes de toutes les directions cliniques sur les enjeux entourant l'offre de service auprès des personnes suicidaires et présentant un trouble de santé mentale. Plusieurs modalités ont déjà été identifiées telles que: conférence, capsule de sensibilisation, témoignages de pairs-aidants dans nos équipes (en continu); • Projet d'entente de collaboration avec le centre de crise La Maison sous les arbres afin d'avoir accès à quatre lits d'hébergement court terme qui pourront être contributifs aux filets de sécurité à mettre en place pour les usagers vulnérables au suicide (ouverture prévue au printemps 2024); • Intégration d'une infirmière à l'équipe de crise pour intervenir de façon proactive auprès de la clientèle des grands utilisateurs de l'urgence (avril 2024); • Ouverture de l'hospitalisation à domicile qui ajoutera un filet de sécurité dans la communauté pour les personnes qui présentent un trouble mental et des besoins de soins aigus en santé mentale (avril 2024); • Implantation de l'utilisation de la plateforme Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC) dans les équipes en santé mentale. Ce système amènera un mode de communication efficace et rapide lorsque des usagers bénéficiant des services de la DPSMD visiteront l'urgence (juin 2024); • Ouverture de l'UIBP à l'Hôpital Anna-Laberge permettant de mieux répondre aux besoins de la clientèle en crise (août 2024); • Établir un continuum de services bonifié pour les personnes présentant un trouble de la personnalité (octobre 2024).

Coroner	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>R2. Déployer toutes les actions et ressources pertinentes afin de s'assurer que les équipes de soins, incluant les médecins, mettent systématiquement en place des filets de sécurité adéquats pour les usagers vulnérables au suicide ou ayant traversé une crise avant de leur donner leur congé hospitalier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'une politique et d'une procédure intitulée Prévention, gestion et intervention auprès des personnes à risque suicidaire qui s'adresse à l'ensemble du personnel, incluant les médecins (depuis mars 2021); • Par le biais du comité intégré en prévention du suicide du CISSS de la Montérégie-Ouest, s'assurer que l'ensemble des équipes des directions concernées soit formé selon le niveau d'implication précisé dans la procédure (en continu depuis 2021); • Intégration d'une capsule de sensibilisation sur la prévention du suicide dans le cursus de formation de tous les nouveaux employés au CISSS de la Montérégie-Ouest (depuis 2021); • Déploiement sur la plateforme Environnement numérique d'apprentissage (ENA) de la nouvelle formation sur l'intervention auprès des personnes suicidaires (octobre 2023) et de la nouvelle formation sur le repérage (février 2024) les rendant ainsi plus accessibles puisque les employés peuvent suivre la formation en virtuel plutôt qu'en présence; • Disponibilité du webinaire Prévenir le suicide le plus tôt possible pour l'ensemble du personnel du CISSS de la Montérégie-Ouest (février 2024); • Mettre en place une relance téléphonique systématique de nos équipes de crise après une consultation à l'urgence en raison d'une tentative de suicide (avril 2024); • Réviser les trajectoires de l'urgence avec les centres de crise et s'assurer qu'elles soient connues de celles-ci, en tenant compte des nouveaux services de l'axe 6 du Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026 (septembre 2024); • Rehausser les trajectoires entre l'urgence et les équipes du plateau de services intégrés en santé mentale selon l'axe 6 du Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026 pour les usagers vulnérables au suicide (en cours de réalisation, octobre 2024).
<p>R3. De rehausser l'offre de soins et services dédiés aux usagers avec des troubles de santé mentale dans la communauté, plus particulièrement pour les usagers vulnérables au suicide ou ayant traversé une crise qui viennent d'obtenir un congé hospitalier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rehaussement des équipes de soutien d'intensité variable (SIV) (juin 2023) et des équipes de crise (septembre 2023) sur l'ensemble du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest par l'ajout de postes d'intervenants psychosociaux; • Démarrer le traitement intensif bref à domicile (TIBD) (avril 2024).
<p>R4. De développer et mettre en place un protocole clair pour mieux impliquer les proches et un centre de crise ou en prévention du suicide, pour les usagers vulnérables au suicide ou ayant traversé une crise.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'une politique et d'une procédure intitulée Prévention, gestion et intervention auprès des personnes à risque suicidaire qui s'adresse à l'ensemble du personnel, incluant les médecins (depuis mars 2021); • Poursuivre la sensibilisation et la promotion de la procédure en prévention, gestion et intervention auprès des personnes à risque suicidaire (en continu depuis 2021); • Disponibilité du webinaire « L'apport des proches dans la prévention du suicide » pour l'ensemble du personnel du CISSS de la Montérégie-Ouest (février 2024).

Coroner	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p>R5. De sensibiliser régulièrement les équipes de soins, incluant les médecins, aux enjeux de stigmatisation et de discrimination liées à la santé et aux troubles de santé mentale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire l'inventaire des activités de sensibilisation à la stigmatisation disponibles pour les équipes de soins du CISSS de la Montérégie-Ouest (juin 2024); • Reprendre les activités du comité sur la primauté de la personne impliquant des usagers partenaires, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que d'autres directions de l'établissement (septembre 2024); • Déterminer les activités à mettre en place (septembre 2024).
<p>R6. De sensibiliser régulièrement les équipes de soins, incluant les médecins, à limiter autant que possible l'accès aux moyens de se suicider pour les usagers vulnérables au suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'une politique et d'une procédure intitulée Prévention, gestion et intervention auprès des personnes à risque suicidaire qui s'adresse à l'ensemble du personnel, incluant les médecins (depuis mars 2021); • Formation rehaussée lors des journées d'accueil et d'intégration des infirmières de l'urgence. L'ajout d'un volet spécifique à la santé mentale inclut maintenant une capsule de sensibilisation (2023); • Déploiement de la procédure révisée de Fouille et saisie à l'endroit des usagers (février 2024); • Intégrer des éléments de rappel dans les outils cliniques utilisés par les équipes de soins, en santé mentale (incluant l'équipe de liaison en santé mentale à l'urgence, dont fait partie le psychiatre de garde), afin que le volet de l'accès au moyen pour se suicider soit vérifié systématiquement auprès des usagers vulnérables au suicide, comme prévu dans les meilleures pratiques en prévention du suicide (juillet 2024).
<p>R7. De sensibiliser régulièrement les équipes de soins, incluant les médecins, à obtenir le consentement du patient dans le but de communiquer aux pharmaciens les informations utiles pour limiter l'accès aux moyens de se suicider (en l'occurrence les médicaments).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure dans l'évaluation de l'infirmière de liaison en santé mentale à l'urgence le volet du consentement de l'utilisateur à échanger avec le pharmacien et prévoir la discussion sur le sujet, lorsque pertinent, avec le psychiatre (juin 2024).

Coroner	
Recommandation(s)	Mesures mises en place par l'établissement
<p style="color: #c00000; font-weight: bold;">(2021-07420)</p> <p>R1. Établir une politique afin de s'assurer que les usagers qui doivent demeurer à l'urgence de l'hôpital sur des civières pendant de longues heures et dont l'état de santé est susceptible de se dégrader de façon prévisible ne soient pas installés dans des corridors sans une surveillance adéquate afin de permettre une intervention rapide de l'équipe d'urgence médicale si nécessaire.</p>	<p>Suivis réalisés à l'urgence des trois hôpitaux du CISSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À la suite d'une chute survenue en août 2021, une enquête a été réalisée par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Des recommandations ont été émises à la Direction des programmes Soins critiques et spécialisés (DPSCS) pour lesquelles les actions ont porté sur : <ul style="list-style-type: none"> - L'implantation du programme de prévention des chutes à l'urgence de l'Hôpital du Suroît (mars 2022); - La promotion de la formation sur la prévention des chutes et sur le dépistage du risque de chute au personnel (en continu depuis juillet 2022); - L'implantation de tournées intentionnelles par les préposés aux bénéficiaires (août 2022). • Implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier avec la campagne « En route vers Amis des aînés » et aménagement des espaces pour améliorer la mobilisation sécuritaire des usagers (depuis février 2022); • Audits trimestriels spécifiques à la prévention des chutes et déclarations complétées selon le calendrier d'audits établi par la DQEPE et la DSIEU (en continu depuis octobre 2021); • Présence d'une infirmière de soutien clinique disponible sur le terrain pour intervenir sur les enjeux cliniques et le rehaussement de la pratique (juin 2022); • Ajout d'aides de service et de préposés aux bénéficiaires pour assurer la surveillance des personnes âgées, vulnérables et à haut risque (février 2021); • Élaboration des critères d'admission pour l'unité d'hospitalisation brève (UHB) pour optimiser l'utilisation des civières et réduire l'utilisation des civières de débordement (avril 2024); • Réorganisation de la répartition des sections intra-urgence et révision des ratios infirmière/usagers à l'urgence pour augmenter la prise en charge sécuritaire des usagers (mai 2024); • Élaboration et déploiement du plan de désencombrement pour améliorer la fluidité organisationnelle afin d'éviter l'utilisation des civières de débordement et réduire le taux d'occupation élevé à l'urgence, en collaboration avec la Direction des activités hospitalières (élaboration terminée en février 2024, actuellement en déploiement); • Élaboration et diffusion d'un document encadrant la trajectoire et le suivi des usagers installés sur civière dans les corridors de surcapacité à l'urgence (janvier 2025).
<p>Recommandation provinciale du coroner Dandavino</p> <p>R1. Le MSSS a transmis aux établissements les recommandations émises par le coroner Dandavino à la suite du rapport d'investigation sur les causes et circonstances ayant mené au décès d'un nouveau-né survenu le 29 janvier 2016 dans une maison de naissance.</p>	<p>Il est demandé aux établissements de collaborer afin d'actualiser les recommandations dans nos milieux (suivi en cours).</p>

Enquêtes administratives

L'intérêt de l'utilisateur étant la préoccupation de tous, il est essentiel de toujours situer celui-ci au centre des interventions. Chaque usager hébergé dans une ressource a droit à la satisfaction de l'ensemble de ses besoins fondamentaux, notamment celui d'être protégé, de se développer et de vivre dans un milieu sécuritaire. Toutes les décisions doivent être prises dans l'intérêt de ce dernier et dans le respect de ses droits.

L'enquête administrative est un processus prévu aux ententes collectives et nationales ainsi que dans les conditions d'exercice des ressources de type familial et des ressources intermédiaires visées par la Loi sur la représentation des ressources, mais non représentées par une association reconnue. L'enquête administrative permet d'établir les faits et les circonstances entourant des allégations sur des conduites inacceptables ou des écarts de qualité concernant une ressource à l'endroit des usagers hébergés et de déterminer si ces allégations sont fondées ou non.

En 2023-2024, il y a eu quatre enquêtes administratives qui ont fait l'objet de 32 recommandations pour lesquelles des actions sont en cours.

Ces recommandations visent une amélioration des différents processus, activités ou services des directions cliniques dont entre autres le processus contrôle-qualité, la maltraitance, les déclarations des incidents et des accidents, la communication, l'entente contractuelle, la tenue de dossier, les finances, le jumelage pairage, l'interdisciplinarité et les normes des lieux physiques.

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 elles-mêmes ou pour autrui (Recueil des lois et des règlements du Québec (RLRQ), chapitre P-38.001) doit fournir les données suivantes.

1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

	Mission hospitalière	Total
Garde préventive		
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	625	625
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	Sans objet*	202
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	245	245
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	Sans objet*	173
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)	170	170

* La mention « Sans objet » 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 de ses services ainsi qu'au respect des droits des usagers. Pour formuler tout commentaire ou suggestion, il est possible de joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services :

Par téléphone

Territoire de Jardins-Roussillon
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
Centre de réadaptation en déficience physique
1 800 700-0621, poste 2462

Territoires du Suroît, du Haut-Saint-Laurent et de Vaudreuil-Soulanges
Centre de réadaptation en dépendance
1 800 694-9920, poste 2280

Par courriel

À l'adresse suivante : insatisfactions-plaintes.ci:sssmo16@ssss.gouv.qc.ca

Sur le Web

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

Par la poste

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

CISSS de la Montérégie-Ouest
Hôpital Anna-Laberge
200, boulevard Brisebois
Châteauguay (Québec) J6K 4W8

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/organisation/satisfaction-et-plaintes 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

Garder les différents publics informés des activités du CISSS de la Montérégie-Ouest est le mandat premier de la Direction de communications et des affaires publiques de l'établissement.

Grâce aux différentes plateformes de communication, il est possible, entre autres, d'informer la population des soins et services, de faire rayonner les bons coups, de répondre aux différentes questions et de recueillir les bons commentaires ou insatisfactions des usagers.

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 projethopitalvaudreuil-soulanges.com est la plateforme par excellence pour s'informer des avancements du chantier du futur hôpital de Vaudreuil-Soulanges, sur les différents services qui seront offerts à l'hôpital, sur les offres d'emploi relatives au projet et bien plus encore.

Lancé en 2023, le site emplois-cisssmo.ca est la destination pour tous ceux qui sont intéressés à travailler au CISSS de la Montérégie-Ouest. On y retrouve toutes les offres d'emploi, les possibilités de stage, des articles de fond, la procédure pour le recrutement à l'international et bien plus encore.

Médias sociaux

Sur les médias sociaux, le CISSS de la Montérégie-Ouest rayonne. L'établissement a une page **Facebook**, **Instagram**, **LinkedIn** et **TikTok**. Sur ces plateformes, le CISSS met de l'avant ses services, ses bons coups, ses opportunités d'emploi, les avancements des projets organisationnels, des campagnes de sensibilisation et autres. Du lundi au vendredi, une équipe est disponible par le biais du clavardage Facebook et Instagram afin de répondre aux questions posées par les abonnés.

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 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 consulter 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

Une cyberlettre exclusive aux partenaires du CISSS est envoyée à plusieurs reprises dans l'année. Commissions scolaires, élus et organismes communautaires reçoivent des nouvelles pertinentes au sujet de l'organisation telles que l'actualité, les bons coups de l'organisation, les campagnes à promouvoir, etc.

La cyberlettre pour le projet des Maisons des aînés et alternatives (MDA MA) est envoyée aux partenaires afin de les tenir informés de l'avancement de la construction et des besoins en matière de partenariat.

espacePHVS

La cyberlettre espacePHVS traite des dernières nouvelles du futur hôpital de Vaudreuil-Soulanges. Elle est diffusée auprès de son public interne et de ses partenaires.

Pour plus d'informations, rendez-vous au : projethopitalvaudreuilssoulanges.com.

Info-Travaux

Plusieurs projets majeurs d'infrastructures sont construits près de quartiers résidentiels. Ainsi, des cyberlettres de type « Info-Travaux » sont envoyées à l'occasion. Elles sont envoyées au voisinage lorsque des travaux causent des entraves.

Comité des usagers

Pour le CISSS, il est essentiel d'obtenir de la rétroaction 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

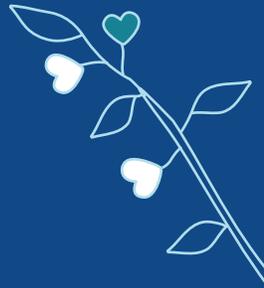
1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée ¹ pour la période du 1 ^{er} avril 2023 au 31 mars 2024	467
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée ² pour la période du 1 ^{er} avril 2023 au 31 mars 2024	250
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 1 ^{er} avril 2023 au 31 mars 2024	1 329
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 1 ^{er} avril 2023 au 31 mars 2024	168
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	83
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	227
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	200
	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 : 9 • La personne répondait aux conditions au moment de la demande d'AMM, mais a cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation : 3 • La personne est décédée avant l'administration : 4 • La personne est décédée avant la fin de l'évaluation : 7 • La personne ne répondait pas aux conditions au moment de la demande d'AMM : 2 • La personne a été transférée vers un autre établissement : 0 • Autres : 2 	27

¹ Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024.

À noter que pour l'Hôpital du Suroît, il s'agit des données de P1 à P9, celles de l'Hôpital Anna-Laberge sont tirées de P1 à P7 et, pour l'Hôpital Barrie Memorial, elles proviennent de P1 à P13. De plus, il faut savoir que les données de l'Hôpital du Suroît et de l'Hôpital Barrie Memorial n'étaient pas comprises lors des redditions antérieures (avant 2022).

² Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024. Le total de l'un des établissements compilés tient compte d'un lit de gestion de douleur puisque la distinction des deux n'est présentement pas possible par le biais de l'outil utilisé.



Ressources humaines



Répartition de l'effectif par catégorie de personnel*

Les données provenant du MSSS et portant sur la cible finale des heures rémunérées 2023-2024 ainsi que les résultats finaux étaient indisponibles au moment de la rédaction du rapport. Conséquemment, les tableaux s'y rattachant ne peuvent être intégrés au rapport à l'intérieur des délais impartis.

Présentation des données

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

Les données provenant du MSSS et portant sur la cible finale des heures rémunérées 2023-2024 ainsi que les résultats finaux étaient indisponibles au moment de la rédaction du rapport. Conséquemment, les tableaux s'y rattachant ne peuvent être intégrés au rapport à l'intérieur des délais impartis.



Ressources financières



Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Activités principales (non auditées)

Programmes	Exercice précédent	
	Dépenses	%
Programmes-services		
Santé publique	25 418 358	2,0
Services généraux – activités cliniques et d'aide	55 208 154	4,3
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet hébergement	168 122 115	13,2
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet soutien à domicile	98 020 533	7,7
Déficiência physique	92 498 108	7,3
Déficiência intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	262 869 498	20,6
Jeunes en difficulté	17 521 990	1,4
Dépendance	16 944 044	1,3
Santé mentale	55 773 510	4,4
Santé physique	276 529 225	21,7
Programmes-soutien		
Administration	63 583 914	5,0
Soutien aux services	72 624 443	5,7
Gestion des bâtiments et des équipements	69 040 410	5,4
Total	1 274 154 302	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*	%**
11 561 949	0,9	(13 856 409)	-54,5
69 312 841	5,1	14 104 687	25,5
181 939 129	13,4	13 817 014	8,2
108 933 805	8,1	10 913 272	11,1
96 286 576	7,1	3 788 468	4,1
252 589 213	18,7	(10 280 285)	-3,9
20 397 699	1,5	2 875 709	16,4
17 461 776	1,3	517 732	3,1
62 869 576	4,6	7 096 066	12,7
317 716 927	23,5	41 187 702	14,9
75 365 160			
	5,6	11 781 246	18,5
74 473 084			
	5,5	1 848 641	2,5
64 039 746			
	4,7	(5 000 664)	-7,2
1 352 947 481	100	78 793 179	6,2

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), de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'exercice financier. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations. Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2024, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

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 2023 et le 31 mars 2024.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ^{1,2}	37	20 322 744 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ³	175	189 446 733 \$
Total des contrats de service³	212	209 769 477 \$

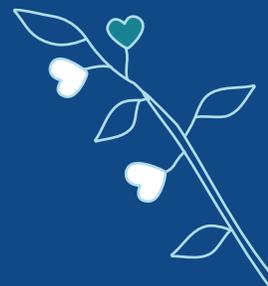
¹ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

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

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 2023-2024 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.



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	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22			
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		1
✓ 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			
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité			
✓ 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	
✓ 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	Sans objet	2	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	Sans objet	Sans objet	1
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	1	Sans objet	Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³	0		

* La divulgation et le processus de vérification ont débuté en 2022-2023 et se sont terminés en 2023-2024.

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