

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Rapport annuel
de gestion

20 | 19
20



Rapport annuel de gestion 2019-2020

Rapport annuel de gestion 2019-2020 adopté par le conseil d'administration à la séance du 2020.

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Internet du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

ISBN : 978-2-550-87197-2 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-87198-9 (version numérique)

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielle, est interdite sans l'autorisation préalable du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise à la condition d'en mentionner la source.

© Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2020





Président du conseil
d'administration

André Poirier



Présidente-directrice
générale

Rosemonde Landry

Le message des autorités

En 2019-2020, le CISSS des Laurentides a poursuivi sur sa lancée amorcée il y a cinq ans et a également fait face à de nombreux changements et de nouveaux défis. Le présent rapport annuel de gestion illustre le travail accompli par notre organisation, dont l'objectif reste celui d'assurer des soins et services de qualité, accessibles et sécuritaires, à la population des Laurentides.

En 2019-2020, le CISSS a vécu d'importants changements de sa haute direction. Le départ à la retraite de M. Jean-François Foisy, qui avait été à la tête du CISSS depuis sa création, a entraîné la nomination de Mme Rosemonde Landry au poste de présidente-directrice générale. Le départ à la retraite de M. Yves St-Onge, et la subséquente nomination de M. Jean-Philippe Cotton au poste de président-directeur général adjoint ont également apporté des changements à la gouvernance du CISSS.

Cependant, la reconduite du mandat de M. André Poirier à titre de président du conseil d'administration de l'établissement au mois d'octobre 2019 a permis à l'organisation de faire cette transition dans un esprit de continuité.

Différents projets de développement

En cours d'année, de nombreux projets de développement se sont concrétisés. L'ouverture du CHSLD Blainville et la fin de la construction du CHSLD Sainte-Adèle ne sont qu'une partie des travaux visant à bonifier l'offre de services aux personnes âgées dans la région. Avec cinq projets visant à construire des maisons des aînés dans les Laurentides, nous serons à même de faire d'importants développements dans le secteur du soutien à l'autonomie des personnes âgées dans les prochaines années.

De nombreux projets dans le secteur des services jeunesse ont également ponctué l'année. Entre autres, un investissement dans le programme « Agir tôt » permettra d'identifier le plus tôt possible les difficultés chez les enfants et de leur offrir le soutien dont ils ont besoin. Par ailleurs, nous continuons de travailler à l'avancement du projet de construction d'un nouveau centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté à Sainte-Thérèse. Le projet devrait voir le jour en 2024.

Concernant d'autres développements immobiliers, nous avons reçu l'aval du gouvernement du Québec afin de réaliser des bonifications au projet d'agrandissement et de modernisation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme. Dans le même sens, les projets d'agrandissement et de réaménagement des hôpitaux de Saint-Eustache et de Mont-Laurier poursuivent leur avancée, leur planification étant bien entamée. Finalement, nous continuons de faire cheminer le projet de modernisation de l'hôpital de Sainte-Agathe.

Le travail accompli dans la dernière année a de quoi nous réjouir! Cependant nous restons conscients des défis que notre organisation doit encore relever. Le CISSS des Laurentides, comme la plupart des établissements de santé et de services sociaux de la province, est aux prises avec une pénurie de main-d'œuvre. Pour répondre à ses besoins, l'organisation a multiplié les efforts de recrutement et de rétention. De nombreuses actions ont été posées en ce sens, notamment des ententes historiques avec le personnel infirmier qui comprennent des rehaussements de postes et des postes à la carte.

Pandémie et mobilisation sans précédent

Bien entendu, le plus grand défi auquel le CISSS a fait face est la pandémie de COVID-19 survenue à la fin de l'année 2019-2020. Déjà, au début mars, le CISSS comptait un premier cas sur son territoire. Les équipes se sont rapidement mobilisées et ont travaillé d'arrache-pied pour faire face à cette crise sans précédent. La contribution exemplaire de toutes nos équipes a permis de faire la force de notre organisation devant cet ennemi invisible.

Nous souhaitons donc, cette année, remercier l'ensemble du personnel, les médecins, les sages-femmes et les bénévoles pour le travail remarquable accompli depuis le début de cette crise sanitaire. Toutes les équipes du CISSS des Laurentides ont été sollicitées comme jamais auparavant pour faire face à une situation unique et elles ont, chaque jour, démontré leur grand professionnalisme et leur dévouement sans borne pour assurer la santé de la population des Laurentides.

Nous souhaitons également remercier la population des Laurentides pour sa collaboration et sa compréhension pendant la pandémie. C'est grâce à un effort concerté de la part de sa population comme de ses professionnels de la santé que notre région fait face à la COVID-19.

Un merci sincère! Continuons de travailler ensemble pour la santé et le bien-être de la population des Laurentides.



André Poirier
Président du conseil d'administration



Rosemonde Landry
Présidente-directrice générale

La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2019-2020 du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides :

- 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 que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.



Rosemonde Landry
Présidente-directrice générale



Table des matières

Le message des autorités

La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

Sigles et acronymes

La présentation de l'établissement et les faits saillants

L'établissement	1
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives.....	6
Les faits saillants.....	24

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité..... 35

Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément	65
La sécurité et la qualité des soins et des services	66
Le nombre de mises sous garde dans l'établissement selon la mission	75
L'examen des plaintes et la promotion des droits	75
L'information et la consultation de la population	76

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie 79

Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement	83
La gestion et le contrôle des effectifs.....	83

Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	87
L'équilibre budgétaire	87
Les contrats de service	88

L'état du suivi des réserves, commentaires

et observations émis par l'auditeur indépendant 89

La divulgation des actes répréhensibles 93

Les organismes communautaires..... 97

Les fondations 103

Annexe : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs 111

Sigles et acronymes

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec
APPR	Agent de programmation, de planification et de recherche
ACIIQ	Association des Conseils des Infirmières et Infirmiers du Québec
AIDES	Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité
AIT	Accident ischémique transitoire
AMP	Activités médicales particulières
AMPRO	Approche multidisciplinaire de la prévention des risques obstétricaux
AVC	Accident vasculaire cérébral
BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
CA	Conseil d'administration
Cdifficile	Clostridium Difficile
CECII	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CÉR	Comité d'éthique de la recherche
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CI	Comité interdisciplinaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMSSS	Centre multiservices de santé et de services sociaux
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CP	Comité de pairs
CPSS	Coût par parcours de soins
CR	Comité de résidents
CRASLA	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
CRDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CU	Comité des usagers
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DCI	Dossier clinique informatisé
DEA	Défibrillateur externe automatisé
DER	Direction de l'enseignement et de la recherche
DGA	Direction générale adjointe
DI-TSA	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
DL	Direction logistique
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficience physique
DPACQ	Direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DRF	Direction des ressources financières
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Sigles et acronymes

DRMG	Département régional de médecine générale
DSMDPGA	Direction des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adulte
DSH	Direction des services d'hôtellerie
DSI	Direction des soins infirmiers
DSIEC	Direction des soins infirmiers et de l'éthique clinique
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DST	Direction des services techniques
Dx	Diagnostic
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
ERV	Entérocoques résistants à la Vancomycine
ETC	Équivalent temps complet
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
GAIN	Global Appraisal of Individual Needs
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GASMA	Guichet d'accès en santé mentale adulte
GBM	Génie biomédical
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
IAMEST	Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST
IGT	Indice de gravité d'une toxicomanie
IPS	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IPSLPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
ITCA	Intervention thérapeutique lors de conduites agressives
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LDDM	Lac-des-Deux-Montagnes
LLL	Laurentides-Lanaudière-Laval
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MD	Médecin
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatif
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PAJ-SM	Programme alternatif justice en santé mentale
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCIN	Prévention et contrôle des infections nosocomiales
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
PDRH	Plan de développement des ressources humaines
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PEP	Premier épisode psychotique
PIN	Programme d'intervention en négligence
PIPEP	Programme d'intervention lors d'un premier épisode psychotique
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RLS	Réseau local de services
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux

Sigles et acronymes

RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RTS	Réseau territorial de services
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARM	Staphylococcus Aureus résistant à la Méthicilline
SIM	Service de suivi intensif dans le milieu
SIV	Soutien d'intensité variable
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPER	Santé physique, enseignement et recherche
TDB	Thérèse-De Blainville
TEP	Tomographie par émission de positrons
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VARMU	Victimes d'amputation nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence



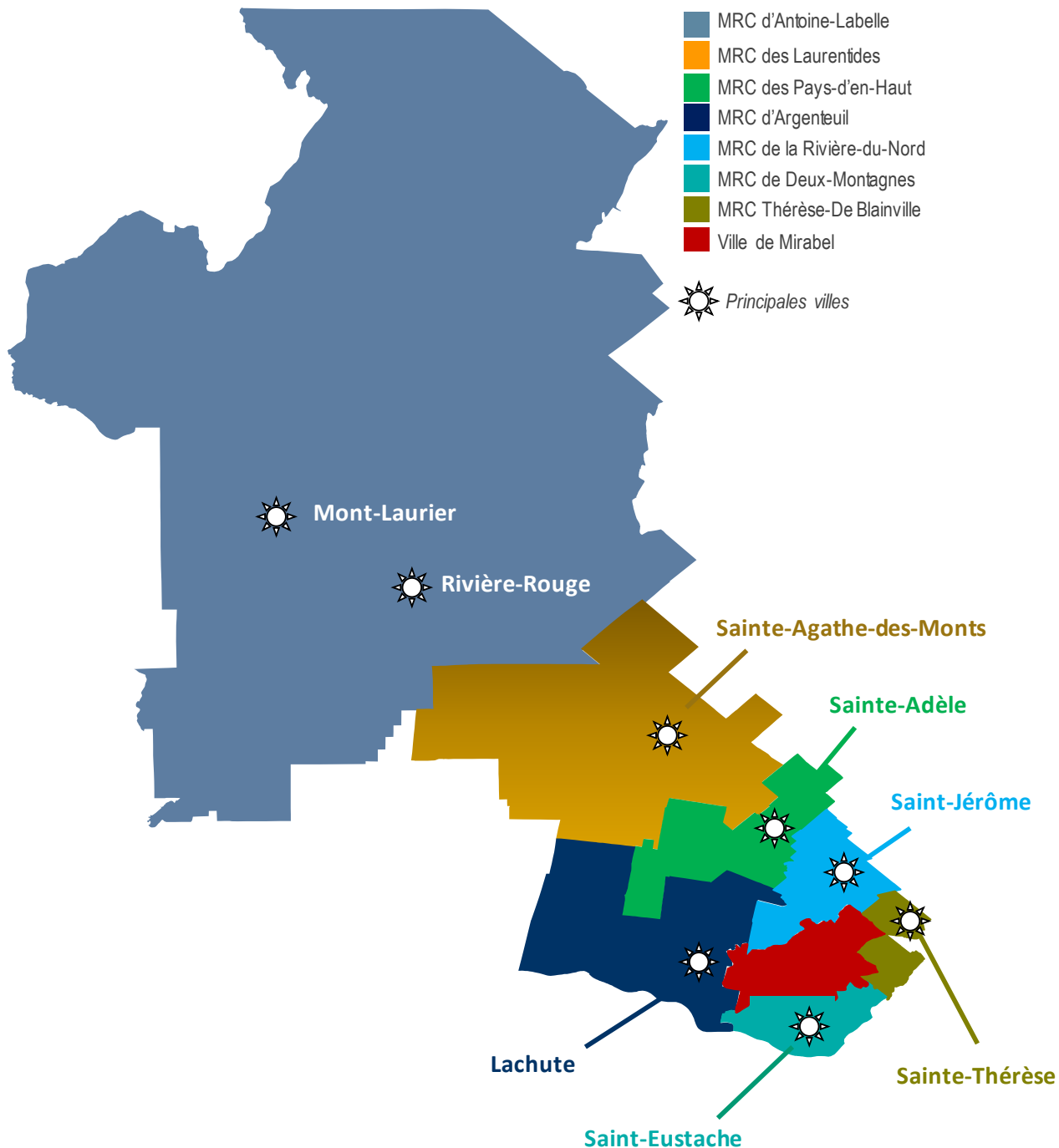
La présentation de l'établissement et les faits saillants

- L'établissement
- Le conseil d'administration, les comités,
les conseils et les instances consultatives
- Les faits saillants

L'établissement

Le CISSS des Laurentides, c'est une grande famille d'experts au service de votre santé. L'établissement dispose d'un budget annuel de 1,3 milliard de dollars et est réparti en plus de 80 installations réparties sur un territoire d'une superficie d'environ 20 500 km². Notre établissement regroupe 6 hôpitaux, 18 CLSC, 16 CHSLD publics, des installations de services jeunesse, des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, des centres de réadaptation en déficience physique, des centres de réadaptation en dépendance, des centres de prélèvements, une maison des naissances, des services externes en santé mentale ainsi qu'un centre externe en dialyse et un centre de cancérologie.

Notre organisation se distingue par l'excellence de nos professionnels dans leur secteur d'activité et notre culture organisationnelle axée sur l'innovation. Nos équipes, reconnues pour leur engagement et leur professionnalisme, travaillent de concert afin d'offrir des services de qualité.



Mission, vision, valeurs

Notre mission

À la suite de l'adoption de la Loi 10, le CISSS des Laurentides a comme rôles et responsabilités :

- De planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et de déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- De garantir une planification régionale des ressources humaines;
- De réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- D'assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- D'assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- D'établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau. Intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit du RTS.

Afin d'assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CISSS des Laurentides :

- Est au coeur d'un RTS;
- A la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- Veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation et centres de protection de l'enfance et de la jeunesse), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- Conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

Notre vision

La vision du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides se définit ainsi :

Assurer des soins de santé et de services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins de la population des Laurentides.

Nos valeurs

L'identification des valeurs organisationnelles de l'établissement résulte d'une démarche de consultation auprès de l'ensemble des membres du personnel. À la suite du sondage effectué, les cinq valeurs suivantes ont été retenues :



Respect

Le respect est une considération que doit recevoir une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à nous conduire envers elle avec politesse, tact et diplomatie. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif de la vie privée de la personne. Le respect sous-tend également une capacité à exploiter la richesse des différences, des forces et des ressources de la personne. Le respect implique également que chaque acteur de l'organisation agisse conformément à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisation.

Collaboration

La collaboration se construit sur une relation de confiance et d'ouverture où l'engagement et l'apport de l'autre visent l'atteinte d'un but commun. La collaboration est essentielle au travail d'équipe, au partenariat et au mieux-être.

Elle implique le partage d'information, de connaissance, d'expériences, ainsi que des actions concertées. Elle se manifeste par l'entraide et l'interdépendance entre les acteurs, les usagers et les ressources de l'organisation.

Engagement

L'engagement se manifeste par les gestes et les comportements des acteurs de l'organisation qui, par leur implication au travail d'équipe, contribuent spontanément à l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers par l'établissement et donc à l'atteinte des objectifs découlant de sa mission et de ses orientations.

L'engagement des acteurs de l'organisation ainsi que des citoyens et partenaires contribue directement à l'amélioration de la santé et du mieux-être des individus et de la communauté.

Intégrité

L'intégrité sous-tend l'honnêteté, l'authenticité et la franchise, qui doivent teinter l'ensemble des rapports à tous les niveaux de l'organisation et envers les usagers.

Elle désigne aussi la capacité d'une personne à respecter ses engagements et ses principes, tout en respectant également les règles et les codes en vigueur. L'intégrité favorise la communication et le climat de confiance, engendre la crédibilité et développe la responsabilité entre les différents acteurs.

Bienveillance

La bienveillance est un souci de l'autre se traduisant par des relations empreintes d'humanisme et de considération. La bienveillance vise la préservation et l'amélioration du mieux-être d'autrui. Elle invite chaque acteur à agir avec empathie et sollicitude et guide les actions et les décisions dans toutes les sphères de l'organisation.

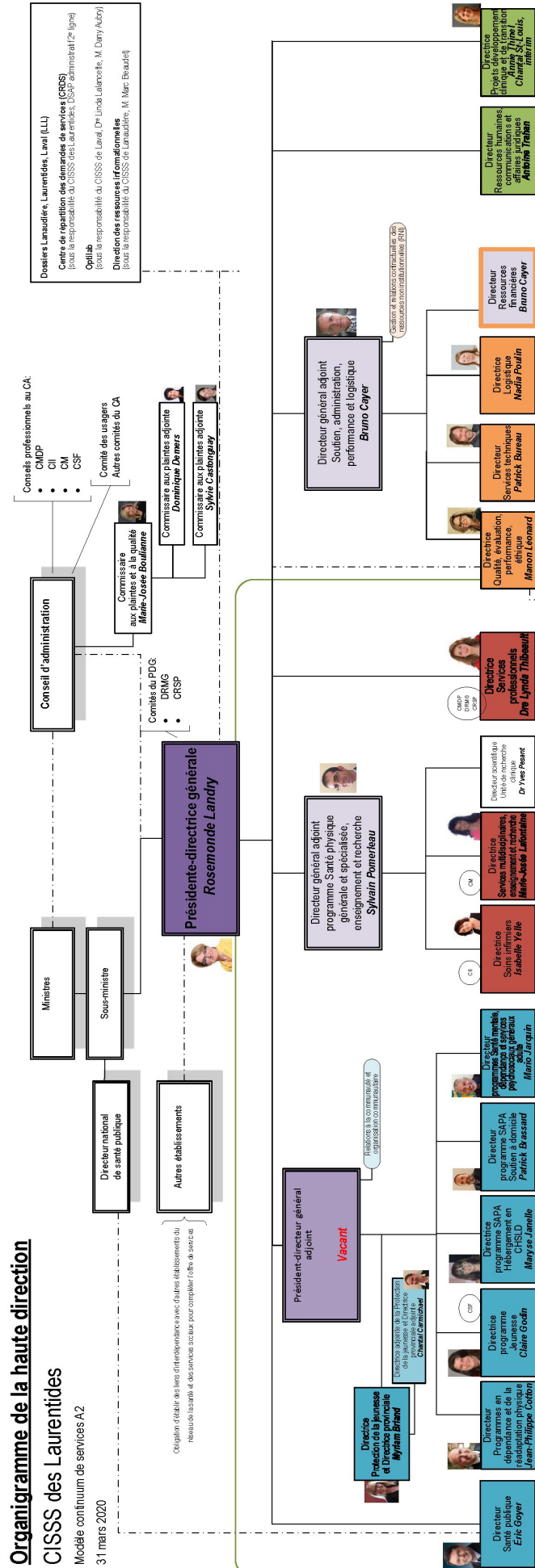
La structure organisationnelle au 31 mars 2020

Organigramme de la haute direction

CISSS des Laurentides

Modèle continuum de services A2

31 mars 2020



Le conseil d'administration au 31 mars 2020

Constitué de 18 personnes, le conseil d'administration de l'établissement compte six membres désignés, deux membres nommés, neuf membres indépendants et un membre observateur.

Membres nommés



Rosemonde Landry
Présidente-directrice
générale et secrétaire



**Sylvie Boucher
de Grosbois**
Milieu de
l'enseignement

Membres désignés



François Bédard
Conseil des
infirmières et
infirmiers (CII)



Patrick Durocher
Conseil
multidisciplinaire
(CM)



**D^r François
Lamothe**
Conseil des
médecins,
dentistes et
pharmaciens
(CMDP)



**D^r Pierre-Michel
Laurin**
Département
régional de
médecine
générale (DRMG)



François Lavoie
Comité régional
sur les services
pharmaceutiques
(CRSP)



**Micheline
Leduc**
Comité
des usagers
(CU)

Membres indépendants



André Poirier

Président
Expertise
en réadaptation



Michel Couture

Vice-président
Expertise en
protection
de la jeunesse



Raymond Carrier

Compétence en
ressources
immobilières,
informationnelles
ou humaines



Lyne Gaudreault

Expérience vécue
à titre d'usager
des services
sociaux



Rola Helou

Expertise en
santé mentale



**Claire
Richer Leduc**

Compétence
en gestion des
risques, finances
et comptabilité



Diane Arcand

Compétence en
gouvernance et
éthique



Siège vacant

Expertise dans
les organismes
communautaires



Siège vacant

Compétence
en vérification,
performance ou
gestion de la
qualité

Membre observateur

Siège réservé aux fondations



Siège vacant

Il est à souligner qu'aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CISSS des Laurentides n'a été constaté au cours de l'année 2019-2020.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs au 31 mars 2020 se trouve à l'annexe du présent rapport.

Il est également disponible sur le site Internet du CISSS des Laurentides à l'adresse : www.santelaurentides.gouv.qc.ca



Les comités, les conseils et les instances consultatives

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Composition

D^r Paul-André Hudon, président, médecine familiale

D^{re} Marie-Josée Chouinard, vice-présidente, obstétrique-gynécologie

M. Stéphane Gingras, secrétaire et trésorier, pharmacie

M^{me} Rosemonde Landry, PDG

D^{re} Lynda Thibeault, DSP

D^{re} Kim Beauchemin, médecine familiale

D^r Jean-Sébastien Carrier, pneumologie

D^r Denis Champleau, chirurgie vasculaire

D^{re} Véronique Côté-Pagé, médecine interne

D^r Jad Hobeika, pneumologie

D^{re} Marie-Andrée Houle, médecine familiale

D^{re} Maude Latulippe, médecine familiale

D^{re} Marianne Métayer, médecine familiale

D^r Charly-Claude Morel, médecine familiale

D^{re} France Sannino-Durand, médecine familiale

D^{re} Mylène Vandal, médecine familiale

D^r Josko Vujanovic, radiologie diagnostique

MANDAT

Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens.

Ce conseil est composé de tous les médecins, les dentistes et les pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par l'établissement et qui jouissent du statut requis par règlement pris en vertu du paragraphe III de l'article 506 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce conseil est composé de l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent au CISSS des Laurentides.

Le CMDP a principalement pour mandat de (art. 214) :

- Contrôler et appréhender la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentistes et —pharmaceutiques;
- Évaluer et maintenir la compétence des médecins;
- Faire des recommandations sur les règles de soins médicaux;
- Donner son avis sur les aspects professionnels de la distribution des soins ainsi que sur l'organisation médicale.

FAITS SAILLANTS

Pour l'année 2019-2020, le CMDP a assuré le suivi de ses objectifs, c'est-à-dire :

- De faire le renouvellement des privilèges de l'ensemble des médecins spécialistes;
- De produire et diffuser le Règlement de régie interne du CMDP à l'intérieur du CISSS;
- De soutenir la Direction des services professionnels dans la gestion de la pandémie du COVID-19;
- De donner son avis sur la nomination du chef de Département clinique de pharmacie du CISSS des Laurentides.

Conseil des infirmières et infirmiers

Composition

M. Cédric Desbiens, infirmier clinicien, président du CII Hôpital régional de Saint-Jérôme

M^{me} Renée Ménard, infirmière en périnatalité – Programme jeunesse, trésorière

M^{me} Rosemonde Landry, présidente-directrice générale du CISSS des Laurentides

M^{me} Isabelle Yelle, directrice des soins infirmiers

M^{me} Isabelle Thibault, infirmière auxiliaire équipe volante et présidente du CIIA, Hôpital régional de Saint-Jérôme

M^{me} Maude Girard, infirmière auxiliaire, Hôpital régional de Saint-Jérôme et membre du CIIA

M^{me} Martine Vézina, chef service des infirmières praticiennes spécialisées

M^{me} Kristel Marquis, infirmière clinicienne ASI soins intensifs, Hôpital de Saint-Eustache

M. Abdallah Ait Brahim, infirmier clinicien en psychiatrie, Hôpital régional de Saint-Jérôme

M^{me} Mélanie Lepage, chef d'unité CHSLD Drapeau-Deschambault

M^{me} Caroline Normand, IPSPL, clinique Familiale des Basses-Laurentides

M^{me} Sarah Campeau, conseillère en soins infirmiers, Hôpital de Saint-Eustache et présidente du CRI

M^{me} Laure Boisdenghien, AIC chirurgie d'un jour, Hôpital régional de Saint-Jérôme

M^{me} Louise Bélanger, Ph.D. Professeur agrégée, UQO, Campus Saint-Jérôme

M^{me} Nathalie Sabourin, enseignante, CEGEP de Saint-Jérôme

M^{me} Julie Normandin, enseignante, CFP Performance Plus à Lachute

M^{me} Isabelle Audet, enseignante, CFT Performances Plus à Lachute

M. François Bédard, conseiller-cadre en soins infirmiers

M. Steve Desjardins, directeur adjoint aux pratiques professionnelles

MANDAT

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est une instance consultative officielle prévue par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Tous les infirmiers et infirmières de l'établissement en sont membres.

Le CII est responsable envers le conseil d'administration :

- D'apprécier de manière générale, la qualité des actes infirmiers;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le CII est responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement, des moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmiers et des infirmières et de toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention.

FAITS SAILLANTS :

- Recommandation pour le projet « Bourse étudiant volet attraction et rétention »;
- Appui au projet « IPS en santé sexuelle »;
- Suivi du plan d'action du CECII;
- Conférence « Surveillance clinique et sécurité des soins » par Odette Doyon;
- Conférence « La protection des personnes vulnérables » par Pierre Pariseau-Legault;
- Création d'une page Facebook;
- Mise en place d'un programme infirmière émérite;
- Mise à jour de la page intranet du CII;
- Mise en place d'un plan de communication;
- Suivi par le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires;
- Participation au Forum interprofessionnel.

Conseil multidisciplinaire

Composition

M^{me} Rosemonde Landry, présidente-directrice générale

M^{me} Marie-Josée Lafontaine, directrice des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche

M^{me} Annie Cloutier, présidente, éducatrice à la Direction du programme Jeunesse

M^{me} Claudia Poulin, vice-présidente, ergothérapeute à Direction des services multidisciplinaires

M^{me} Karine Richer, nutritionniste à la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

M^{me} Élise Matthey-Jacques, secrétaire, ergothérapeute à la Direction des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adulte

M^{me} Cynthia Desjardins, organisatrice communautaire, Service des relations à la communauté et organisation communautaire

M^{me} Marie-Josée Lamy, responsable des communications, travailleuse sociale à la Direction du programme Jeunesse

M^{me} Julie Raiwez, travailleuse sociale, Direction des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adulte

M^{me} Johannie Bertrand, technicienne en éducation spécialisée à la Direction des programmes en déficiences et de la réadaptation physique (volet DI-TSA)

M. Jérôme Ryckewaert, physiothérapeute à la Direction des programmes en déficiences et de la réadaptation physique (volet DP) (démission novembre 2019)

M^{me} Noémie Lacombe, spécialiste en activités cliniques à la Direction des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adulte (démission novembre 2019)

M^{me} Édith Dupuy, éducatrice spécialisée à la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (démission octobre 2019)

MANDAT

Le conseil multidisciplinaire (CM) est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire et qui exercent, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activité couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Les membres du personnel-cadre font partie du conseil dans la mesure où leur diplôme et les fonctions exercées sont en lien direct avec les services de santé et les services sociaux offerts aux usagers, même s'ils n'interviennent pas directement auprès de ceux-ci.

Le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration :

- De constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

FAITS SAILLANTS

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides a tenu sept réunions. L'assemblée générale annuelle (AGA) a eu lieu le 30 avril 2019 avec huit sites en visioconférence. Le quorum de 2% a été atteint avec 83 participants. L'exécutif actuel du CM élu a été constitué suite à l'avis de postes à combler paru en mars 2019 et les élections qui ont eu lieu les 23 et 24 avril 2019. Le poste vacant désigné pour la DSMDPGA est actuellement pourvu par M^{me} Élise Matthey-Jacques. Le CECM a tenu six réunions. Cette année, cinq postes sont en élection, cependant ces élections ont été reportées en 2021 en raison de la pandémie de COVID-19.

Conseil multidisciplinaire (suite)

Les travaux du plan d'action triennal ont porté entre autres sur :

1. Développer des stratégies pour rejoindre et informer les membres

- La création d'un groupe d'envoi courriel pour l'ensemble des membres du CM ;
- Mise à jour de l'intranet avec une nouvelle section : Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ).

2. Répondre aux demandes d'avis et recommandations

Le CECM a reçu sept demandes d'avis de nos membres et des demandes de consultation des directions, portant sur :

- La définition ainsi que les rôles et responsabilités d'un coordonnateur professionnel (technique ou clinique);
- La description d'emploi du coordonnateur technique en imagerie médicale;
- La politique en matière de retrait du milieu familial et du milieu de vie substitut pour la clientèle jeunesse;
- L'utilisation de l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI);
- Les tests en orthophonie pour les enfants à la DI-TSA-DP;
- Le règlement sur la divulgation de l'information nécessaire à l'utilisateur ou à son représentant à la suite d'un accident et mesures de soutien;
- L'utilisation des groupes dans l'offre de service du CISSS des Laurentides.

3. Favoriser la création de comités de pairs (CP) ou comité interdisciplinaire (CI)

- Le CM a reçu seize demandes de formation de CP ou CI. Après étude de ces demandes, sept ont été retenues. En cours d'année, un projet a toutefois été annulé.

4. Poursuivre les activités liées au maintien et à la promotion des compétences des membres du CM :

- Présentation du PDRH par M^{me} Valérie Dupuis, agente de gestion du personnel, service de formation et gestion du talent à la DRH;
- Présentation des changements organisationnels à la DSM et autres directions par M^{me} Marie-Josée Lafontaine, directrice à la DSMER, M^{me} Geneviève Lefebvre, DA des pratiques professionnelles, du génie biomédical, des soins spirituels et du bénévolat et M^{me} Kathleen Belley, DA des services diagnostiques;
- Projet bourse d'études en inhalothérapie : présentation par M^{me} Pascale Cloutier, DA attraction et dotation à la DRH.

5. Activités du comité de reconnaissance

- Lors de l'AGA, deux comités de pairs ont été reconnus et récompensés pour la qualité de leurs travaux. Il s'agit du comité Révision et l'harmonisation de l'offre de services en orthophonie pour les Centres de la Petite Enfance (1^{er} prix) et du comité Création d'outils pour la clientèle en douleur chronique – ergothérapie (2^e prix).

6. Répondre à toutes autres demandes de la direction

- Le CECM a rencontré des membres de différentes directions pour échanger avec eux sur différents travaux réalisés au CISSS dont la présentation de la deuxième visite d'Agrément par M^{me} Nadine Brisson, conseillère à la qualité pour la DQEPE et de la gestion intégrée des risques par M^{me} Maude Marchildon, conseillère cadre à la gestion intégrée des risques à la DQEPE et Manon Léonard, directrice de la DQEPE.

7. Autres activités

Pour assumer les mandats régionaux, le CECM a rencontré différents directeurs pour échanger avec eux sur les sujets suivants :

- Rencontre avec M. Mario Cianci, directeur des ressources humaines, et M^{me} Pascale Cloutier, DA attraction et dotation, sur l'enjeu des ressources humaines au CISSS des Laurentides;
- Présentation et échange sur la réorganisation professionnelle aux services spécifiques et accueil et intégration des nouveaux employés à la DJ, avec M^{me} Claire Godin, directrice et M. Mathieu Ouellet, chef de service 0-18 ans à Argenteuil;
- Présentation et discussion concernant la Politique sur l'utilisation des mesures de remplacement et l'utilisation exceptionnelle et en dernier recours des mesures de contrôle (déploiement de la procédure en santé physique), par M^{me} Sophie Castonguay, conseillère cadre aux pratiques professionnelles à la DSM.

Conseil des sages-femmes

Composition

Faiza Madaci, présidente

Mirabelle Lavoie, vice-présidente

Isabelle Rouleau, secrétaire

Valérie Leuchtmann, responsable des services sage-femme et administratrice

Louise-Hélène Côté, RISSF

(arrivée en mars 2020), administratrice

Claire Godin, directrice du programme jeunesse (déléguée par Yves St-Onge, PDGA)

MANDAT

Conformément à l'article 225.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), les mandats du conseil des sages-femmes (CSF) sont :

- De contrôler et d'apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement;
- De faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres;
- De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure avec l'établissement un contrat en vertu de l'article 259.2;
- De faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme conformément à un contrat conclu en vertu de l'article 259.2;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

FAITS SAILLANTS

- Le financement supplémentaire du MSSS a permis à l'équipe de sages-femmes de réaliser plus de suivis dès l'été 2019 et la liste d'attente a été presque absorbée;
- Accouchements sous la responsabilité d'une sage-femme dans les trois lieux: domicile des parents (32 – 10,22 %), maison de naissance (170 - 54,31 %) et Hôpital régional de Saint-Jérôme (3 – 0,96 %). Accouchements transférés à la responsabilité d'un médecin (108-34.5 %), pour un total de 313 suivis complets sur 328 suivis débutés par les sages-femmes. La majorité des transferts à l'équipe médicale sont non-urgents ces clientes reviennent par la suite sous la responsabilité des sages-femmes;
- Résultats cliniques :
 - o Taux de césarienne de notre clientèle est de 8,9 %;
 - o 14 usagères ont tenté un AVAC (accouchement vaginal après césarienne), avec un taux de réussite est de 57,1 %;
 - o Taux d'allaitement à la naissance de 99 %.
- Équipe précarisée sur quelques mois durant l'année, faute de remplacement pour plusieurs sages-femmes absentes;
- Bonification de la collaboration avec les équipes médicales en obstétrique du CISSS;
- Clientèle majoritairement des Laurentides (91.1% domiciliée dans les Laurentides);
- Très grande satisfaction de la clientèle (formulaires d'appréciation);
- Le comité exécutif du CSF s'est réuni 7 fois. L'assemblée générale annuelle a été reportée au 9 septembre 2020 en raison de la pandémie de COVID-19;
- Le comité périnatal (sous-comité du comité de la qualité de l'acte) s'est rencontré à 28 reprises;
- L'entente avec le service de sage-femme du CISSS de Lanaudière est toujours en vigueur, leur permettant d'effectuer des accouchements dans notre maison de naissance, soit un total de 92 accouchements en 2019-2020. Cette entente devrait être maintenue jusqu'à la construction de la 1^{ère} maison de naissance dans Lanaudière.

Département régional de médecine générale

Composition

D^{re} Louise Gaudet, chef du DRMG

D^r Bertrand Bissonnette, membre élu

D^r Éric Morin, membre élu

D^r Pierre-Marc Bilodeau, membre nommé

D^{re} Caroline Cantin, membre nommé

Dr Peter Crago, membre nommé

D^r Zahi Khoury, membre nommé

D^r Pierre-Michel Laurin, membre nommé

D^r Dominic Legault, membre nommé

D^{re} Jade Élodie Raymond, membre nommé

D^{re} Audrey Rochon, membre nommé

INVITÉS D'OFFICE :

M. Yves St-Onge, PDGA

D^r Elie Boustani

MANDAT

- Faire des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux (PREM) des médecins de famille adressées directement au ministre;
- Faire des recommandations pour les AMP et assurer la mise en place de celles-ci;
- Proposer et définir le plan régional d'organisation des services;
- Travailler de concert avec le CISSS pour assurer la continuité et mise en réseau des services médicaux généraux.

FAITS SAILLANTS

- Rencontre de tous les candidats aux postes de médecine de famille à l'automne 2019;
- Attribution des postes en médecine de famille selon la nouvelle procédure du MSSS : 100 % comblés au premier tour;
- Révision des activités médicales particulières pour favoriser le soutien des installations du CISSS;
- Supervision et soutien de la mise en place des cliniques désignées d'évaluation (COVID-19) de la région;
- Rencontres de coordination des activités de 1^{re} ligne durant la lutte contre la COVID-19;
- Sollicitation pour la participation des médecins dans les établissements les plus touchés par la pandémie.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Composition

M^{me} Krystel Beaucage, présidente

M^{me} Ariane Dumoulin-Charette

M. Frédéric Julien-Baker

M^{me} Karina Savoie

Dr. Lynda Thibeault

M. Stéphane Gingras, vice-président

M. Patrick Long

M. François Lavoie

D^r Elie Boustani

D^r François Aumond

FAITS SAILLANTS

L'année 2019-2020 a été marquée par la tenue d'un forum régional multidisciplinaire et par l'interruption des activités du comité régional des services pharmaceutiques (CRSP), en raison de la pandémie de COVID-19. Certains membres du CRSP ont fait partie de la cellule de crise de l'OPQ pour les Laurentides pour aider à assurer une sécurité dans le circuit du médicament et pour la sécurité des usagers lors d'éclosion. Les liens du CRSP avec les acteurs du CISSS des Laurentides, et avec ceux à l'extérieur de l'établissement se sont solidifiés, ce qui implique que le CRSP est de plus en plus sollicité pour émettre des recommandations.

L'année 2020 était la dernière année du mandat des membres élus, des élections devront donc être faites incessamment. De façon concise, voici les faits saillants :

- Les documents pour l'ordonnance collective pour le traitement de l'oxyurose dans les Laurentides ont été acceptés par la Direction de la santé publique et sont maintenant accessibles pour les pharmaciens communautaires;
- L'implantation d'une ordonnance collective pour la maladie de Lyme dans les Laurentides (suivant le protocole national de l'INESSS) a été discutée. Des démarches ont été commencées, mais l'arrivée de la loi 31 (qui inclut la maladie de Lyme) et la COVID-19 ont arrêté les discussions sur le sujet;
- Présentation pour expliquer la loi 41 aux médecins : L'offre pour démystifier la loi 41 qui a été lancée en 2019 a été fructueuse. Le GMF des Générations (Saint-Joseph-du-Lac) a fait appel à cette formation pour le 17 mars 2020. Malheureusement cette formation a été annulée suite à la cessation de toute activité (COVID-19);
- Communication : Un désir des membres de communiquer plus efficacement avec le réseau nous pousse à questionner l'apport du service de communication du CISSS pour que le CRSP augmente sa visibilité. Une demande de rencontre sera éventuellement faite;
- La révision des règlements du CRSP a été présentée au conseil d'administration et entérinée en 2020. L'assemblée générale prévue pour le printemps 2020 a été remplacée par le forum régional de novembre 2020 en raison de la pandémie COVID-19. La difficulté de faire des suivis au niveau médical avec le membre en poste du CRSP représentant du PDG est toujours d'actualité;
- Demande de clarification de la direction des soins infirmiers de la compréhension et de l'utilisation des ordonnances collectives/OIS/OIA/formulaire de liaison/ protocole de l'INESSS :
 - o Recommandation de l'uniformité d'agir par les GMF en utilisant en tout temps le formulaire de liaison avec les informations requises. Il est attendu que le formulaire de liaison soit standardisé pour tous les GMF du CISSS des Laurentides en se basant sur le formulaire de liaison de l'INESSS. **RÉSOLUTION CRSP 2020-02-05 # 02.**
- Une demande de l'externe a été reçue pour recommander une ordonnance collective pour les fournitures associées à la prise de médication (comme celle existant dans le Bas-Saint-Laurent);
- Démarches liées aux élections des postes du CRSP débutées, mais mises en attente en raison de la COVID-19;
- Représentation du CRSP :
 - o Au comité de toxicomanie des Laurentides pour y représenter les pharmacies communautaires;
 - o Participation des membres du CRSP au Comité de coordination des maladies chroniques (MPOC, diabète);
 - o Rencontres provinciales des présidents des CRSP à l'OPQ;
 - o Rencontre avec M^{me} Rosemonde Landry, PDG.

Comité de gouvernance et d'éthique

Composition

M^{me} Claire Richer Leduc, présidente
Membre indépendant Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité

M^{me} Diane Arcand, membre indépendant
Compétence en gouvernance ou éthique

M^{me} Sylvie Boucher De Grosbois, membre nommé Milieu de l'enseignement

M. Michel Couture, membre indépendant
Expertise en protection de la jeunesse

M. Patrick Durocher, membre désigné par le conseil multidisciplinaire

M^{me} Rosemonde Landry, présidente-directrice générale et secrétaire

M^{me} Lyne Gaudreault, membre indépendant
Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

M. François Lavoie, membre désigné par le Comité régional sur les services pharmaceutiques

M. André Poirier, membre indépendant et président du conseil d'administration

MANDAT

De façon générale, les responsabilités du comité consistent à s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en œuvre dans le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides et par le conseil d'administration.

FAITS SAILLANTS

En 2019-2020, le comité a tenu trois rencontres seulement en raison du contexte de la COVID-19. En effet, une quatrième rencontre était prévue mais a dû être annulée en raison de la pandémie.

- Organisation et tenue du Lac-à-l'épaule du conseil d'administration le 6 juin 2019;
- Départ à la retraite de M. Jean-François Foisy, président-directeur général, le 30 septembre 2019 et premier contact avec la nouvelle présidente-directrice générale, M^{me} Rosemonde Landry, le 19 décembre 2019 (échanges sur le mandat du comité, les priorités et les enjeux de l'heure);
- Préparation à la visite d'Agrément Canada qui a eu lieu en novembre 2019;
- Discussion sur les résultats de la visite d'Agrément Canada et des suivis à assurer;
- Examen d'une directive sur la régie interne des séances du conseil, incluant l'usage des dispositifs électroniques. L'objectif visé par cette directive est d'encadrer l'utilisation de tout dispositif électronique, dont les téléphones cellulaires, ordinateurs portatifs ou tout autre appareil de même nature lors d'une séance du conseil d'administration;
- Recommandation au conseil d'administration d'une réorganisation de l'horaire des séances du conseil d'administration pour permettre la présentation des affaires médicales par le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Comité d'audit

Composition

M. Raymond Carrier, président
M^{me} Claire Richer Leduc, vice-présidente
M. Bruno Cayer, DGA SAPL et DRF,
invité d'office

M. Michel Couture, administrateur
M^{me} Rosemonde Landry,
PDG, membre d'office

MANDAT

- S'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- S'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- Examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration et en recommander l'approbation au conseil d'administration;
- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquatement efficaces;
- Formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne.

FAITS SAILLANTS

Une procédure d'appel d'offres visant à retenir les services d'une firme d'auditeurs a été lancée le 28 janvier 2019 pour quatre exercices (de 2019-2020 à 2022-2023). C'est finalement la firme Raymond Chabot Grant Thornton SENCRL que le comité d'audit a recommandée au conseil d'administration le 8 mai 2019.

Ainsi, pendant l'exercice 2019-2020, le comité d'audit a rencontré les auditeurs externes le 26 février 2020 en vue de la préparation de leur mandat de vérification. Le dépôt de leur rapport et des états financiers au 31 mars 2020 a été fait le 6 juillet 2020, suivi d'une recommandation au conseil d'administration le 8 juillet 2020.

Le premier rapport de gestion intégrée des risques, produit pour l'ensemble des directions relevant de la Direction générale adjointe soutien, administration, performance et logistique (DGASAPL), a été déposé au comité d'audit par la directrice adjointe – performance et amélioration continue afin de valider le modèle auprès du comité avant de l'appliquer aux directions cliniques.

Le 23 octobre 2019, les responsables du dossier du coût par parcours de soins et de services au sein du CISSS des Laurentides ont présenté la méthodologie et les travaux effectués dans le cadre du projet provincial qui consiste à évaluer le coût des soins et des services reçus tout au long du parcours des usagers. Les commentaires du comité d'audit ont été recueillis.

Au cours de la dernière année, plus d'une quinzaine de contrats dépassant 100 000 \$ ont été sélectionnés. Les catégories (construction, approvisionnement, achat d'équipement, contrat de service, services professionnels) ont toutes fait l'objet d'analyse. Cet audit interne contribue à assurer le respect des processus contractuels.

Comité de vigilance et de la qualité

Composition

M. Michel Couture, président

M^{me} Rola Helou, vice-présidente

M^{me} Marie-Josée Boulianne,
commissaire aux plaintes et à la qualité
des services

M^{me} Micheline Leduc, secrétaire

M^{me} Rosemonde Landry,
présidente-directrice générale

M^{me} Manon Léonard, invitée d'office,
directrice qualité, évaluation,
performance et éthique

MANDAT

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts, dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration institue dans l'établissement un comité de vigilance et de la qualité. Le comité est principalement responsable, auprès du conseil d'administration, du suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*.¹

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligents de leurs plaintes.

FAITS SAILLANTS

- Le comité de vigilance et de la qualité a assuré le suivi des recommandations émises par différentes instances (coroner, inspections professionnelles, ministère, agrément, etc.). Il s'est également assuré de l'évolution des travaux découlant du traitement des plaintes par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que ceux issus des plaintes traitées par le médecin examinateur et le Protecteur du citoyen;
- Les membres du comité de vigilance et de la qualité ont été informés des résultats de la visite d'agrément qui a eu lieu en novembre 2019 et des suivis à assurer à la suite de cette visite;
- La programmation annuelle des activités a permis au comité d'être exposé aux enjeux et travaux en matière d'amélioration de la performance des services pour les directions du soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet hébergement en CHSLD et volet soutien à domicile ainsi que ceux de la santé publique;
- Les membres du comité ont reçu, sur une base régulière, la gestionnaire de risques de l'organisation afin qu'elle leur présente les rapports trimestriels en gestion des risques;
- Le comité a échangé avec le directeur et le directeur adjoint des programmes santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adulte autour des événements sentinelles relatifs aux suicides survenus en 2019-2020.

¹ RLRQ, c. P-31.1 (article 181.0.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*)

Comité de gestion des risques

Composition

M^{me} Claire Godin, présidente; directrice du programme jeunesse

M^{me} Manon Léonard, membre désignée par le PDG, directrice qualité, évaluation, performance et éthique,

M. Alain Masson, usager partenaire

M^{me} Isabelle Yelle, directrice des soins infirmiers

M^{me} Maude Marchildon, gestionnaire de risques, invitée d'office

M^{me} Nicole Leblanc, conseillère cadre à l'hébergement SAPA

M^{me} Chantale Séguin, conseillère cadre soins infirmiers

M. Louis Rousseau, directeur adjoint, services hospitaliers en santé mentale, services en détention, en hébergement et en dépendance

M. Luke De Block, Coordonnateur continuum déficience physique et réadaptation physique

M^{me} Vanessa Gérard-Lemieux, conseillère cadre en soins infirmiers

MANDAT

Tel que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* l'indique (article 183.2), le mandat du comité de gestion des risques est de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers;
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
- Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents;
- Recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesure visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu;
- Voir à l'application des orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substance chimique.

FAITS SAILLANTS

Registre local des incidents et des accidents :

- Amélioration de la déclaration dans l'ensemble des installations du CISSS des Laurentides;
- Soutien offert en matière de déclaration des incidents et des accidents dans les établissements privés du territoire.

Amélioration de la qualité des analyses des événements indésirables :

- Réalisation d'un audit sur la qualité des analyses sommaires.

Amélioration de la divulgation des accidents aux usagers et à leurs proches :

- Réalisation d'un audit sur la divulgation pour lequel un titre de pratique exemplaire a été attribué par Agrément Canada. C'est une première pour le CISSS des Laurentides.

Événements indésirables et événements sentinelles :

- Une attention particulière a été portée sur le suicide d'utilisateur en contexte de prestation de soins et de services. Ainsi, une analyse de tendances a été réalisée dans l'optique d'identifier des mesures de prévention de la récurrence.

Comité d'éthique de la recherche

Composition

M^e Marie-Josée Bernardi, avocate, membre spécialisé en droit et présidente du CÉR

M. Gilles Aubin, membre scientifique

M^{me} Marie-Hélène Bouchard, pharmacienne membre du CMDP, membre scientifique

M^{me} Christiane Chabot, conseillère, génie biomédical, membre scientifique

M^{me} Ginette Fallu, infirmière retraitée, membre représentant de la communauté

D^r Charly Morel, médecin membre du CMDP, membre scientifique

M^{me} Andrée Nadeau, travailleuse sociale, membre représentant de la communauté

M. Guy Pellerin, pharmacien membre du CMDP, membre scientifique

M. Yves Poirier, membre spécialisé en éthique

MANDAT

Le Comité d'éthique de la recherche du CISSS des Laurentides (CÉR) a pour principal mandat d'évaluer au plan éthique (et le cas échéant au plan scientifique), d'approuver et d'assurer le suivi des projets de recherche impliquant des participants humains. Désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux termes de l'article 21 du Code civil du Québec, ce comité peut évaluer les projets de recherche qui touchent, outre les personnes majeures aptes, les personnes mineures ou majeures inaptes. Le CÉR assume également un rôle éducatif, notamment auprès des chercheurs prévoyant soumettre pour évaluation au CÉR un projet de recherche ou ayant un projet de recherche en cours au sein de l'établissement.

FAITS SAILLANTS

Parmi les activités réalisées par le CÉR en 2019-2020 :

- Cinq nouveaux projets de recherche ont été déposés pour évaluation, dont un évalué selon le mécanisme multicentrique, c'est-à-dire un mécanisme d'évaluation appliqué pour les projets de recherche réalisés dans plus d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux;
- Dix-sept renouvellements de l'approbation éthique de projets de recherche en cours ont été effectués;
- Dix clôtures de projets de recherche ont été traitées, dont deux pour le compte du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, en vertu de l'entente de délégation et d'endossement signée avec cet établissement.

Comité régional d'éthique clinique

Composition

Magalie Jutras, conseillère en éthique clinique, DQEPE

Dina Di Tommaso, intervenante en soins spirituels, DSM

Jean-Michel Juste, intervenant en soins infirmiers, DSM

Cyndie Legault-Nault, travailleuse sociale, DSMDPGA

Maude Marchildon, conseillère en gestion des risques, DQEPE

Élise Matthey-Jacques, ergothérapeute, DSMDPGA

Guillaume Richer, coordonnateur d'activités hospitalières, DSI

Michèle St-Pierre, adjointe à la direction, DQEPE

Patrycia Tremblay, conseillère en soins infirmiers, DSI

Sylvie Veillette, infirmière clinicienne en oncologie, DSI

Johanne Chéchippe, travailleuse sociale, DSMDPGA

Kathleen Harrison, travailleuse sociale, DSMDPGA

Réthro Agenor, travailleur social, DSAPA

Carole Levert, psychologue, DSMDPGA

Nadia Perron, conseillère en soins infirmiers, DSI

Nathalie Rhéaume, spécialiste en activités cliniques, DSAPA

Annie St-Pierre, avocate, DAC AFC

Mélanie Therrien, psychoéducatrice, DER

Nathalie Rhéaume, ergothérapeute, spécialiste en activités cliniques, DSAPA

Gnahoua Zoabli, chef de service, ingénieur biomédical, DSM

MANDAT

Le mandat du comité régional d'éthique clinique comporte trois axes :

- Sensibiliser et former le milieu afin de développer la compétence éthique dans l'exercice des fonctions cliniques;
- Offrir un accompagnement aux usagers, à leurs proches et aux intervenants cliniques confrontés ou ayant été confrontés à des situations soulevant des questions et des enjeux d'ordre éthique, notamment en matière d'accommodements raisonnables pour motifs religieux, en créant des espaces de réflexion et de dialogue;
- Exercer un rôle-conseil auprès des instances dans l'élaboration des politiques institutionnelles soulevant des enjeux d'éthique clinique.

FAITS SAILLANTS

Plus d'une centaine de personnes ont participé à des formations portant sur l'éthique clinique et la délibération éthique, la bienveillance ou encore sur la communication bienveillante. Dans le cadre de la Semaine nationale de l'éthique en santé 2019, quatre présentations ont été diffusées en visioconférence dans plusieurs installations du CISSS : « Les aspects légaux du consentement aux soins », « L'éthique et le partenariat de soins », « Les principes éthiques derrière le nouveau Protocole sur l'application des mesures de remplacement et l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle » et « La bioéthique ».

La conseillère et les répondants en éthique clinique ont réalisé 48 accompagnements pour soutenir les équipes dans leur réflexion quant aux dilemmes et malaises éthiques vécus en lien avec les soins, les services et les droits des usagers.

En matière de rôle-conseil, le Comité a remis un avis portant sur les rendez-vous médicaux à la clinique externe de psychiatrie pour les usagers de 70 ans et plus durant l'urgence sanitaire associée à la COVID-19 et a été sollicité lors de l'élaboration de différents dispositifs :

- Cadre de référence pour les soins à domicile;
- Politique des visites dans les centres hospitaliers de soins de courte durée du CISSS des Laurentides;
- Directives sur l'utilisation éthique d'Internet;
- Contenu vidéo accueil des stagiaires – volet éthique;
- Contenu de la formation éthique des infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires.

Comités des usagers et comités de résidents représentés par le Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Comité des usagers d'Antoine-Labelle

Comité de résidents du Centre d'hébergement Sainte-Anne

Comité de résidents du Centre d'hébergement L'Équip'Âge

Comité des usagers d'Argenteuil

Comité de résidents du Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil

Comité des usagers du centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ des Laurentides)

Comité de résidents du Campus Huberdeau

Comité de résidents du Campus Saint-Jérôme

Comité des usagers du Centre de réadaptation en dépendance des Laurentides

Comité des usagers Des Sommets

Comité de résidents du Centre d'hébergement de Labelle

Comité de résidents du Centre d'hébergement de Mont-Tremblant

Comité de résidents du Pavillon Philippe-Lapointe

Comité des usagers DI-TSA-DP

Comité des usagers Lac-des-Deux-Montagnes

Comité de résidents du Centre d'hébergement de Saint-Benoît

Comité de résidents du Centre d'hébergement de Saint-Eustache

Comité des usagers Pays-d'en-Haut

Comité de résidents du Centre d'hébergement des Hauteurs

Comité des usagers Résidence Lachute

Comité des usagers Saint-Jérôme

Comité de résidents du CHSLD de Saint-Jérôme

Comité de résidents du Centre d'hébergement Lucien-G. Rolland

Comité des usagers Thérèse-De Blainville

Comité de résidents du Centre d'hébergement Hubert-Maisonneuve

Comité de résidents du Centre d'hébergement Drapeau-Deschambault

Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise des Laurentides

Composition

Stephanie Helmer (présidente)
Marlene Dagenais (vice-présidente)
Peter L. MacLaurin
Gladys Symons
Deirdre Shipton
Brenda Burridge
Patrick Johson

MANDAT :

Le mandat du Comité régional est de formuler des avis à la présidente-directrice générale du CISSS des Laurentides, sur la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. Les réflexions issues de ce comité permettent à l'établissement de porter un regard éclairé sur l'accessibilité et la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes d'expression anglaise de la région des Laurentides.

FAITS SAILLANTS

- Le comité régional de notre établissement a été mis en place durant l'été 2019. Sa première réunion officielle s'est tenue le 2 octobre 2019. Depuis, le comité CRASLA s'est réuni à trois autres reprises durant l'année 2019-2020;
- Le comité régional a entériné le programme d'accès aux soins de santé et aux services sociaux en langue anglaise 2020-2025 élaboré par le CISSS des Laurentides.

PDGA - programmes sociaux, de réadaptation, de santé mentale et services psychosociaux généraux adultes

- Investissement massif dans le secteur de la protection de la jeunesse qui a permis l'ajout de plus de 165 postes dans les secteurs de l'évaluation, de l'application des mesures et de la réadaptation pour consolider l'offre de service.
- Mise en place d'une opération Blitz à la DPJ avec les autres directions psychosociales dans le but d'enrayer la liste d'attente à l'évaluation.
- Déploiement du dépistage systématique du risque suicidaire chez l'ensemble de notre clientèle du programme jeunesse (jeunes et parents), et ce, soutenu par un volet de formation et un algorithme décisionnel de référence et de prise en charge pour la clientèle vulnérable au suicide afin de prendre en compte les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui l'on a détecté un risque de suicide.
- Élaboration d'un plan d'action de mise en œuvre du programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE). Il vise à offrir à tous les nouveaux parents, lors du séjour en maternité, un échange ouvert sur la vaccination permettant de les soutenir dans leur décision de faire vacciner leur enfant afin de fournir une meilleure protection tout en augmentant la couverture vaccinale. À noter que la chargée de projet provinciale provient du CISSS des Laurentides, un beau rayonnement!
- Implantation du programme «Pingouin» chez les 6-12 ans et participation au développement du programme «Polaris» pour les adolescents en collaboration avec Boscoville au CRJDA Sainte-Agathe. Ces programmes visent à adapter une nouvelle façon de concevoir l'intervention en offrant une réponse efficace et constante aux besoins des enfants qui ont vécu des événements traumatiques.
- Tournée auprès des membres des conseils municipaux d'Antoine-Labelle et de leurs citoyens afin de présenter les services offerts à la population, les informer des projets en cours et écouter leurs préoccupations.
- Organisation d'une fin de semaine «petite séduction»: un séjour découverte auprès de travailleuses et travailleurs hors région qui pourrait venir combler les grands besoins de main-d'œuvre pour le RLS d'Antoine-Labelle.
- Création d'une direction adjointe RI-RPA et services gériatriques et d'une coordination régionale des services de fin de vie.
- Mise en place d'un projet pilote de coordination pour le suivi des NSA.
- Dans le cadre du développement associé au programme Agir tôt, création de 31,4 équivalents temps complet répartis dans différentes équipes des directions DPDRP et Jeunesse. Les équipes des services de réadaptation, des services spécifiques, et des services dédiés aux jeunes avec retard de développement ont été consolidées par l'ajout de différents professionnels (physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychoéducateur, nutritionniste et travailleur social). La dotation des nouveaux postes s'est déroulée entre septembre 2019 et février 2020. L'impact de ces ajouts pourra être mesuré à la fin d'une année complète d'activités, mais une augmentation des activités en 2019-2020 a déjà été constatée.
- Une unité de 20 lits adultes en psychiatrie a été intégrée à la DPDRP afin d'initier une transformation en unité de réadaptation comportementale intensive spécialisée en DI-TSA au centre de services de Rivière-Rouge. Également, une nouvelle unité de réadaptation comportementale intensive pour jeunes DI-TSA-DP 10-18 ans de 6 lits a été créée à Lachute. Ces deux unités constituent des éléments clés d'une trajectoire intégrée de réadaptation pour usagers DI-TSA ayant un trouble grave du comportement dans les Laurentides.
- Implication de l'organisation communautaire dans les travaux concertés entourant la création du Centre de jour de Saint-Jérôme afin d'assurer la poursuite des activités suite à la fermeture du Soupe-Café Rencontre de la Cathédrale de Saint-Jérôme. Cette contribution démontre les multiples facettes que peut prendre l'implication du CISSS dans le soutien au développement des

PDGA - programmes sociaux, de réadaptation, de santé mentale et services psychosociaux généraux adultes (suite)

- communautés, trois directions ayant été impliquées.
- Signature du protocole d'entente sur la maltraitance envers les aînés. Cette signature permet à la région d'être la première au Québec à avoir une telle entente sur l'ensemble de son territoire. Elle représente bien le principe de concertation et le beau partenariat entre les divers acteurs du communautaire et les services publics (services de police, services de santé, etc.).
 - Au niveau régional, mise en place de deux grandes concertations sur des sujets majeurs: dépendances et agression sexuelle. Regroupant de multiples acteurs intersectoriels et plusieurs directions du CISSS, ces instances favorisent la connaissance des partenaires, les collaborations entre eux ainsi que la cohérence des actions. Ces concertations se sont donné de mandats et d'objectifs, ainsi ils ont créé des sous-comités de travail basés sur des priorités identifiées par les partenaires.
 - Ouverture d'une unité de psychiatrie de 18 lits à l'hôpital de Saint-Eustache permettant d'offrir des soins psychiatriques sur le territoire LDDM, ce qui permet de favoriser la participation des proches afin de contribuer au rétablissement des usagers.
 - Mise en œuvre de la phase 1 dans la réorganisation de l'offre de services des unités de psychiatrie à Rivière-Rouge. Cette phase permet la réinsertion sociale de 34 usagers dans des ressources dans la communauté répondant davantage à leurs besoins.
 - La direction SAPA a vécu un changement important de sa structure. En effet, il y a maintenant deux directions SAPA : un volet SAD/RI et un autre volet hébergement en CHSLD et services alimentaires. L'ampleur et la diversité des dossiers requièrent une vision stratégique particulière et soutenue dans chacun des continums. Également, l'actualisation de la gestion du service alimentaire par la direction de l'hébergement se justifie par l'importance de porter une vision clinique dans l'organisation de l'activité alimentaire.
 - Deux forums « Présence au travail » ont eu lieu, l'un en juin et l'autre en octobre 2019. Ces journées ont permis de rassembler des gestionnaires de la direction SAPA et des directions soutien (DRH, DQEPE) ainsi que plusieurs membres du personnel (préposés aux bénéficiaires, infirmières, etc.) pour identifier des actions à court et moyen terme permettant d'avoir un impact direct sur la présence au travail et la prévention des accidents de travail.
 - Développement et mise en service de deux nouveaux services alimentaires (cuisines) : campus Sainte-Agathe et CHSLD Blainville. Ceci a permis de faire en sorte que les aliments purée de toute la clientèle du secteur TDB soient maintenant offerts en version reformée (comme aliments originaux).
 - Déploiement du Système de Communications et d'Organisation du Travail Intégré (SCOTI) dans les CHSLD à l'automne 2019. Ce déploiement vise notamment l'amélioration du temps et de la qualité de présence du personnel auprès des résidents en CHSLD.

DGA – programme santé physique générale et spécialisée, de l'enseignement et de la recherche

- Restructuration de la direction des services multidisciplinaires, qui fusionne maintenant la direction des services multidisciplinaires et celle de l'enseignement et de la recherche.
- Ouverture de l'Unité de recherche clinique du CISSS des Laurentides en janvier 2020.
- Réalisation de 4759 stages pour un total de 68 736 jours.
- Lancement de 4 capsules web afin de bien préparer les stagiaires accueillis dans l'établissement (mission et offre de services, attentes de l'organisation, responsabilité des stagiaires, etc.).
- 4543 demandes ou recherches traitées par l'équipe des services documentaires.
- Ajout d'un échographe à l'Hôpital de Saint-Eustache en juillet 2019 pour les échographies mammaires. Grâce à cet ajout, nous avons dépassé l'engagement ministériel relativement au pourcentage de délai d'attente situé à l'intérieur de 90 jours.
- Déploiement d'un service de neurologie à Saint-Eustache. Amélioration de l'accès aux services de neurologie dans cette région.
- Ajout d'une 2^e boîte de pléthysmographie en juillet 2019 pour la physiologie respiratoire de Saint-Eustache.
- Réalisation d'un projet Lean au génie biomédical permettant d'améliorer la fluidité des processus et diminuer les délais de traitement des demandes.
- Ajout d'un entrepôt au génie biomédical pour répondre plus rapidement aux besoins cliniques urgents.
- Complétion du déploiement du projet Police-DEA faisant en sorte que l'ensemble des policiers des municipalités des Laurentides sont maintenant formés et que des défibrillateurs externes automatiques sont disponibles à bord des véhicules.
- Déploiement de services de premiers répondants à Val-des-Lacs et à Mont-Tremblant (incluant Lac-Tremblant-Nord et Brébeuf).
- Déploiement du projet DEA communautaire permettant au répartiteur médical d'urgence du centre de communication santé Laurentides-Lanaudière lors d'un arrêt cardio-respiratoire d'identifier la localisation d'un DEA à proximité de l'intervention et de diriger l'appelant vers celui-ci.
- Mise en place d'un processus formel de réorientation vers des cliniques médicales des environs à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Eustache en septembre 2019 (1600 patients réorientés, réduisant ainsi la pression sur l'aire ambulatoire).
- Transformation de l'ancien garage des ambulances de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Eustache, ce qui a permis l'ajout de 10 civières monitorées.
- Ouverture d'une unité de transition en février 2020 donnant accès à 16 civières de débordement à l'Hôpital de Saint-Eustache.
- Ouverture de l'urgence psychiatrique (8 civières) à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.
- Ouverture de l'unité de soins palliatifs et de médecine (Pavillon K) de l'Hôpital Laurentien à Sainte-Agathe-des-Monts en octobre 2019.
- Révision et optimisation de l'offre de service en agressions sexuelles.
- Début des travaux de mise à jour du logiciel Med Urge vers la version dynamique du programme dans les 6 urgences de la région.
- Sécurisation de l'urgence de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme à la suite d'agressions. L'aire interne de l'urgence est maintenant verrouillée par un système de carte magnétique. Cela limite la circulation dans les aires de soins au personnel et aux personnes avec autorisation.
- Développement de 5 fiches santé AVC afin de faciliter la compréhension et l'enseignement fait auprès de la clientèle ayant subi un AVC et leurs proches aidants.
- Recrutement de 7 usagers partenaires pour participer aux comités AVC.

DGA – programme santé physique générale et spécialisée, de l’enseignement et de la recherche (suite)

- Mise en place d’un comité de travail pour la gestion de la médication de soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) en communauté.
- Ajout de 2 chaises d’hémodialyse à l’Hôpital régional de Saint-Jérôme et de 2 chaises au Centre de services de Rivière-Rouge.
- Accueil de 24 candidats à l’exercice de la profession d’infirmières (CEPI) dans les urgences afin d’assurer la relève infirmière.
- Construction de nouveaux espaces pour accueillir la clientèle de cardiologie et de soins coronariens à l’Hôpital régional de Saint-Jérôme.
- Ouverture d’une zone d’évaluation rapide (ZER) à l’urgence de l’Hôpital de Saint-Eustache afin d’accélérer l’évaluation des patients se présentant à l’urgence.
- Grand prix d’innovation clinique Banque Nationale 2019 de l’Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière (ORIILL) concernant le projet Clinique de désengorgement de l’urgence ainsi qu’une nomination pour le prix provincial à l’OIIQ pour les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) du CISSS des Laurentides.
- Projet IPSPL en santé sexuelle au CISSS des Laurentides retenu pour le Grand prix d’innovation clinique Banque Nationale 2020 de l’ORIILL.
- Transfert des suivis d’anticoagulothérapie du CLSC de Mont-Laurier vers les pharmacies communautaires de la région.
- Participation au projet de recherche RÉCI en collaboration avec le CHUM pour l’implantation du Référentiel de compétences infirmières en milieu hospitalier du 1^{er} novembre 2019 au 26 janvier 2020.
- Ouverture du guichet d’accès des services de santé courants en septembre 2019, qui agit en tant que porte d’entrée pour toute personne ayant un besoin de services de santé courants. Le numéro unique évite aux usagers de devoir appeler à différents endroits.



Direction des services professionnels

En collaboration avec la Direction de santé publique, déploiement de la plateforme Clic-Santé qui permet de prendre rendez-vous en ligne pour la vaccination des 0-6 ans.

Guichet d'accès à un médecin de famille : 12 192 patients ont été pris en charge par un médecin de famille.

Centre de répartition des demandes de service (CRDS) Laval-Laurentides-Lanaudière : Le CRDS LLL est l'un des plus importants au Québec. En 2019-2020, 224 969 requêtes ont été reçues et le nombre de rendez-vous fixés s'élève à 93 667. En 2020, plusieurs projets sont prévus, dont le développement de la téléconsultation.

Rendez-vous Santé Québec : En juillet 2019, début du déploiement du RVSQ dans les Laurentides permettant la prise de rendez-vous en ligne avec un médecin de famille gratuitement.

Activités de recrutement :

- Mai 2019 : participation à la Journée sur les PREM en médecine de famille;
- Juin 2019 : organisation d'un événement de recrutement médical régional, à l'Hôtel Impéria de Saint-Eustache.

Participation aux deux Salons des résidents en médecine de famille de la FMRQ.

Présence à la Journée carrière 2019 où participent des résidents en médecine de famille et en médecine spécialisée.

En 2019, accueil de 12 étudiants au doctorat en médecine pour des stages d'été à Mont-Laurier.

Les 24 postes en médecine de famille octroyés par le Ministère, en octobre 2019, pour recruter des finissants à l'été 2020, ont été comblés au premier tour.

Accueil d'une dermatologue en juillet 2019 à Sainte-Thérèse. Deux autres dermatologues rejoindront le service en 2021.

Dépôt de la planification quinquennale 2021-2025 en médecine spécialisée, proposant le rehaussement ou l'ajout de postes dans 25 spécialités d'ici 2025.

Plus de 40 médecins de famille ont obtenu une nomination dans différents secteurs d'activité (urgence, hospitalisation, soins de longue durée et soins à domicile).

Plus de 20 médecins spécialistes ont obtenu une nomination en tant que membre actif du CISSS des Laurentides.

Déploiement des cliniques d'hiver en collaboration avec le DRMG.

Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) :

- Visite d'Agrément Canada avec une note de 92 %;
- Harmonisation de nos pratiques dans le CISSS.

Déploiement de la réorientation de l'urgence vers les cliniques à Saint-Eustache, Sainte-Agathe-des-Monts et Saint-Jérôme, en collaboration avec le DRMG.

Mise en place d'une structure départementale en CHSLD.

Pandémie : Implication remarquable des chefs de service et de département. Nombre élevé d'autorisations temporaires d'exercice émises pour des médecins venus en support dans les établissements.

Nouveautés dans les installations du CISSS des Laurentides

Centre multiservices de soins et de services sociaux d'Argenteuil :

- Acquisition d'un appareil de Mini C-Arm qui nous permet de faire de nouveaux types de chirurgie au bloc opératoire;
- Acquisition de nouveaux laveurs endoscopiques pour le département d'endoscopie;
- Nouvelle présence d'infirmières cliniciennes en support aux médecins au centre hospitalier.

Hôpital de Saint-Eustache :

- Renouvellement du parc des machines d'anesthésie (amélioration de la qualité des soins);
- Procédure de don d'organes;
- Ouverture de l'Unité de Santé mentale à Saint-Eustache; prise en charge des patients par une équipe de psychiatres et d'omnipraticiens (volet santé physique);
- Mise en application d'un plan d'action pour l'optimisation de l'urgence.

Centre de services ambulatoires de Boisbriand :

- Ouverture d'un service d'ophtalmologie pour le sud des Laurentides.

Hôpital Laurentien :

- Déménagement des archives dans des locaux fraîchement rénovés du Pavillon Jacques-Duquette;
- Déménagement de la clinique externe d'ophtalmologie au Pavillon Jacques-Duquette.

DGA – Soutien, administration, performance et logistique

La Direction générale adjointe - Soutien, administration, performance et logistique est composée des directions suivantes : Direction des ressources financières (DRF), Direction des services techniques (DST), Direction de la logistique (DL), Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE), auxquelles s'ajoute le Service de gestion et relations contractuelles des ressources intermédiaires et de type familial.

Direction des ressources financières

- Amélioration et consolidation des outils de suivi budgétaire, ainsi que soutien et formation des gestionnaires. La production de capsules web s'adressant aux nouveaux gestionnaires ainsi que la mise en œuvre de cliniques budgétaires sont parmi les nouveautés.
- Travail étroit des équipes avec l'ensemble des directions afin d'établir les montages financiers reliés aux nombreux projets immobiliers et aux importants budgets de développements alloués à la région des Laurentides. Collaboration essentielle aux travaux de redditions de comptes ministérielles pour l'utilisation de ces budgets.
- Poursuite des travaux au plan triennal sur la qualité de l'information financière et statistique consistant en une assise importante pour l'implantation du coût par parcours de soins et de services du financement à l'activité. Occasion de revoir et d'améliorer les processus de collecte de données.

L'équilibre budgétaire

- En respect des articles 3 et 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*, le CISSS des Laurentides termine l'exercice financier 2019-2020 avec un surplus de 449 417 \$. Ce surplus est composé d'un déficit au fonds d'exploitation de 1 220 211 \$ et d'un surplus au fonds d'immobilisation de 1 669 628 \$.
- Le résultat déficitaire du fonds d'exploitation résulte du dépassement budgétaire de 15,8 M\$ de l'absentéisme et du manque à gagner sur le financement attendu des projets démarrant en 2019-2020, qui n'ont pas pu être compensés en entier par les disponibilités non récurrentes de l'exercice. Le coût de l'absentéisme demeurera un enjeu financier important en 2020-2021.

Direction des services techniques

- Continuité des fonctions régulières d'exploitation et d'entretien des bâtiments et réalisation d'investissements de plus de 69 M\$ pour la résorption du déficit d'entretien du parc immobilier.
- Activité continue d'études, d'exécution et de livrables les plus prioritaires du portefeuille de projets immobiliers de plus d'un milliard et demi de dollars.

Direction de la logistique

- Optimisation du processus d'appel aux marchés et de mise à contrat avec le projet Symphonie identifié comme une bonne pratique par le MSSS et déployé dans d'autres établissements. Ce projet a permis l'émergence d'un premier plan d'approvisionnement pour le CISSS des Laurentides. En continuité de celui-ci, et en fonction des bonnes pratiques en matière d'approvisionnement, un projet de synchronisation des chaînes logistiques avec les fournisseurs a pu démarrer avec le soutien du MSSS.
- Standardisation et harmonisation des produits permettant de libérer du temps clinique tout en générant une réduction des coûts d'inventaire des réserves via le projet J'aime mon quota. Satisfaction élevée de la clientèle interne par rapport au soutien de la Direction de la logistique.
- Journée logistique réalisée avec l'ensemble des employés de la direction. Une rencontre où deux priorités ont été ciblées, soit le service à la clientèle et l'approche relationnelle venant appuyer les valeurs et priorités organisationnelles.
- Poursuite des projets d'optimisation et de la contribution au plan clinico-logistique de l'établissement.

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

- Soulignement par l'équipe d'Agrément Canada lors de la visite de novembre 2019 de la qualité des travaux menés en matière de gestion de la qualité et des risques, de partenariat de soins et de services, ainsi qu'en éthique.

Les faits saillants

DGA – Soutien, administration, performance et logistique (suite)

- Attribution du titre de pratique exemplaire par Agrément Canada pour la démarche d'audit du processus de divulgation en gestion des risques, effectuée en collaboration avec un usager partenaire.
- Consolidation du processus de certification des résidences privées pour aînés et des ressources d'hébergement en dépendance, ainsi que la vigie à l'égard des établissements privés du territoire.
- Poursuite du déploiement du système de gestion de la performance ainsi que celui de l'approche de coût par parcours de soins et de services (CPSS).
- Progression de la gouvernance stratégique des systèmes d'information en cohérence avec les stratégies prioritaires de l'organisation et efforts consentis à l'amélioration continue des pratiques de gestion documentaire et de la sécurité de l'information.
- Contribution du Bureau de projets organisationnels à la coordination de la mise en service de nouveaux CHSLD, d'unités de soins critiques, de courte durée, de santé mentale, d'hébergement pour jeunes en difficulté ainsi que d'un centre de services ambulatoires.

Service de gestion et relations contractuelles des ressources intermédiaires et de type familial

- Mise en place de procédures de validation des antécédents judiciaires et de solvabilité des ressources.
- Mise à jour des critères généraux du ministère dans les ressources de type familial.

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

La fin de notre cinquième année au sein du CISSS des Laurentides a permis à la Direction des ressources humaines d'accueillir M. Antoine Trahan, entré en fonction à titre de directeur le 23 mars 2020. L'arrivée de M. Trahan concorde avec la fusion du service des communications et des affaires juridiques pour devenir à nouveau la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

Les ajustements à notre structure nous permettent tout de même de garder le cap afin d'atteindre nos objectifs de défier nos enjeux de main-d'œuvre en assurant la stabilité de notre personnel et en favorisant la présence au travail.

PARTÉO

Le CISSS des Laurentides reconnaît la contribution de son personnel, et l'importance de la santé et du mieux-être de celui-ci dans l'accomplissement de sa mission.

Le service de prévention et mieux-être, en collaboration avec le service de santé, sécurité et mieux-être et celui des Pratiques de gestion, a mis en place un programme d'assistance au rétablissement et à la réintégration au travail en éliminant les obstacles (PARTÉO). En plus d'être une démarche préventive pour les employés à haut risque d'absence, ce programme a pour but d'identifier, dénouer et éliminer les divers obstacles organisationnels pouvant nuire au rétablissement et à la réintégration de l'employé, relatifs à un épisode d'invalidité. Il soutient l'employé dans la planification de son rétablissement et de sa réintégration au travail pour qu'ils soient réussis et durables.

Plan d'action prévention

Dans le cadre de l'amélioration de la présence au travail au CISSS des Laurentides et répondant aux exigences du plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023, nous avons mis en place une structure de gouvernance pour piloter la réalisation des travaux nécessaires à l'actualisation du plan d'action du Ministère qui répond à trois axes, soit : Prévention en matière de santé psychologique et promotion des saines habitudes de vie, la prévention des risques professionnels et la gestion de conformité légale. Ce projet qui nécessite l'implication de toutes les directions assurera une prise en charge diligente des risques professionnels inhérents à chacune.

Service Accueil Intégration Rétention (AIR)

Depuis 2015, nous avons déployé beaucoup d'actions et de moyens pour améliorer notre capacité d'attraction. Le nombre d'embauches est toujours en augmentation, mais cela ne suffit plus à combler l'ensemble des besoins en ressources humaines.

Le marché de l'emploi limite notre capacité d'embauches et c'est pourquoi nous devons développer d'autres leviers qui permettront au CISSS des Laurentides d'avoir et de garder les ressources humaines dont il a besoin. C'est pourquoi nous avons mis en place un nouveau service visant trois axes soit l'accueil, l'intégration et la rétention de notre personnel.

Nous sommes convaincus que de concentrer nos actions sur ces axes spécifiques contribuera à améliorer notre capacité de rétention du personnel.

Image de marque

Pour conserver leurs meilleurs employés et en attirer d'autres, les entreprises doivent communiquer de manière claire et engageante avec leurs employés. Le CISSS des Laurentides s'est affilié avec l'agence CAMDEN pour développer notre marque employeur sous le thème « Faire la différence » afin de promouvoir la loyauté de nos talents à l'interne et faire du CISSS des Laurentides un lieu de travail convoité.

La campagne numérique rejoint notre volonté de mettre en lumière l'importance du travail de nos employés auprès de la population tout en permettant de contacter les candidats avec plus d'agilité. Se déroulant uniquement sur les plateformes numériques, la campagne s'est déployée tant sur les réseaux sociaux que sur des espaces publicitaires en ligne, et ce, des mois de mars à juillet. Par les divers positionnements, l'utilisateur était amené vers le site LaDifferenceEnSanté.ca afin de découvrir les possibilités d'emplois s'offrant à lui au CISSS des Laurentides.

Dotation interne et dotation externe

Malgré un contexte de plein emploi, le nombre d'embauches a encore augmenté cette année totalisant 2899 nouveaux employés soit une augmentation de 33 % par rapport à l'année précédente. À l'interne, c'est plus de 5600 postes que nous avons offerts à nos employés dont la création de 1600 nouveaux postes.

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (suite)

Une entente historique

Dans le but d'éliminer l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante, de limiter le recours au temps supplémentaire ainsi que de favoriser l'attraction et la rétention du personnel, une entente a été signée entre le syndicat FIQ-Syndicat des professionnelles en soins des Laurentides et le CISSS des Laurentides, pour toutes les infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes. Par cette entente de « postes à la carte », nous offrons une plus grande flexibilité puisque l'employé choisit le nombre de jours travaillés par période de deux semaines. Nous croyons que cette entente aura un impact positif tant sur l'attraction que sur la rétention du personnel puisqu'elle touche à la fois nos postes offerts à l'externe et ceux affichés à l'interne et contribue à concilier le travail et la vie personnelle.

Des partenariats importants

Nous misons sur des partenariats porteurs pour contrer la rareté des ressources humaines. Nous comptons notamment sur nos liens avec plusieurs MRC des Laurentides par le biais de comités de main-d'œuvre conduisant à différentes stratégies en matière d'emploi.

Également, nous poursuivons plusieurs démarches avec les maisons d'enseignement de niveau professionnel, collégial et universitaire pour arrimer nos besoins et prévoir des modalités qui favorisent la formation en santé.

De plus, nous sommes fiers de la mise en place de la cellule « Innovation en santé » qui regroupe plusieurs acteurs socio-économiques de la région ainsi que le Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI) pour trouver des solutions aux besoins de main-d'œuvre et permettre la valorisation des métiers de la santé.

Enfin, la situation de plein-emploi qui se vit au Québec stimule les projets d'embauche à l'international et la dernière année nous a permis de tisser des liens avec le Conseil régional des partenaires du marché du travail et le Réseau santé Québec pour la recherche de candidats à l'étranger.

Service de formation

L'année 2019-2020 a permis des investissements financiers considérables en formation pour le CISSS des Laurentides. C'est plus de 12,7 millions de dollars qui ont été investis dans le développement de notre

personnel. De façon plus précise, cela représente plus de 43 500 participations à des activités de formation. De ce nombre, le CISSS des Laurentides se démarque par le nombre de participations à des activités de formation en ligne, soit plus de 17 300, contribuant ainsi à diminuer les frais de déplacements pour investir les montants économisés dans d'autres activités de développement.

Entreprise en santé

En 2019-2020, le CISSS s'est mis en mouvement vers sa certification Entreprise en santé prévue à l'automne 2020. La mise en œuvre du plan d'action transversal sur la mobilisation, la santé et le mieux-être 2018-2020 s'est poursuivie avec la réalisation de nombreuses actions porteuses pour l'organisation, dont notamment la formation des capteurs en milieu de travail pour les employés, la formation Déjouer la détresse psychologique pour les cadres et la réalisation de projets-pilotes sur la réduction des risques.

En octobre 2019, le CISSS des Laurentides a également eu l'honneur de remporter le Prix Distinction Entreprise en santé dans la catégorie Pratiques de gestion et mieux-être psychologique.

Pratiques de gestion

En 2019-2020, l'équipe des pratiques de gestion a réalisé 148 accompagnements auprès des gestionnaires et de leurs équipes et ce, au niveau des 4 axes de son offre de service et selon la répartition suivante :

- Axe 1 Gestion humaine du changement : 22;
- Axe 2 Mobilisation, santé et mieux-être du personnel : 39;
- Axe 3 Consolidation d'équipe, climat de travail et gestion des conflits : 73;
- Axe 4 Développement du leadership : 14.



Les résultats au regard de l'entente
de gestion et d'imputabilité

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les engagements convenus à l'entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020 entre le MSSS et le CISSS des Laurentides, ainsi que les résultats obtenus, présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2019-2020.

Signé à Saint-Jérôme, le 21 août 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Landry'.

Rosemonde Landry
Présidente-directrice générale



Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020

· Détails des attentes spécifiques du chapitre III

SANTÉ PUBLIQUE

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
1.1	<p>Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec.</p>	<p>Tout d'abord, les CISSS et CIUSSS pourront participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme.</p> <p>Les établissements devront ensuite faire parvenir un plan de déploiement au MSSS.</p> <p>Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne.</p> <p>Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure.</p> <p>Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et denturologistes.</p> <p>D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.</p>	Réalisé
1.2	<p>Assurer la participation des directions de santé publique aux travaux des CAR pour appuyer la concertation d'acteurs régionaux de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'actions favorables à la santé.</p>	<p>Que les PDG s'assurent que les DSPu et/ou des membres de leur équipe participent activement aux travaux des CAR, notamment comme membre des comités qui s'occupent des enjeux de développement social, ou même à titre de membre de la CAR s'ils en conviennent ainsi.</p> <p>Cette participation vise à ce que les DSPu mettent à profit leur expertise, qu'ils participent à la concertation intersectorielle et qu'ils veillent à la mobilisation des partenaires autour de priorités et d'actions en faveur de la santé de la population et de la qualité de vie. Les PDG s'assurent également que les DSPu effectuent les suivis nécessaires au sein du CISSS/CIUSSS au regard de ces travaux et que d'autres directions y contribuent selon les besoins.</p> <p>Cette attente fait écho à l'action 1 du Plan d'action 2018-2020 du MSSS pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires et au résultat attendu que 100 % des DSPublique participent aux travaux des CAR et d'autres instances pertinentes. Il s'agit aussi d'une condition facilitante pour la mise en œuvre du PNSP et de la PGPS.</p>	Reporté par le MSSS au 30 juillet 2020

SANTÉ PUBLIQUE

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
1.3	Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme.	<p>Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type d'activités, description des activités, objectifs visés, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme chez les jeunes.</p> <p>Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte d'une des cibles du plan stratégique du ministère, soit la réduction de la proportion de fumeurs chez les 12 ans et plus.</p> <p>Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que des retombées observées.</p>	Reporté par le MSSS au 30 juillet 2020

PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
2.1	Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatif.	Reporté par le MSSS à 2020-2021
2.2	Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	<p>L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique).</p> <p>Un état de situation, portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène ainsi que sur les résultats du 2e soins d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.</p>	Réalisé
2.3	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement doit compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.	Réalisé
2.4	Plan d'action TSA (2017-2022)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Réalisé
2.5	Déploiement du programme Agir tôt	Un rapport de mise en œuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux établissements.	Réalisé
2.6	Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA	Transmission par les établissements des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent les usagers qu'ils desservent en DP-DI-TSA	Réalisé
2.7	Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD	Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.	Réalisé

AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
4.1	Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches.	Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS/CIUSSS devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de compte des années précédentes devra être utilisé à cette fin.	Reporté par le MSSS au 14 septembre 2020
4.2	État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020, ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement doivent être évalués.	Réalisé
4.3	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.	Réalisé
4.4	État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017 2018 – Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	Autoévaluation au 31 mars 2020, du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.	Reporté par le MSSS au 31 juillet 2020

INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
7.1	Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés	<p>Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot #1) ou en 2016 (lot #2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot #3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le SE est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminué de 2,4 % (80 % de 3 %) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %.</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets.</p> <p>Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>	Réalisé

COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
8.1	Sécurité civile	<p>Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; • s'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; • établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile. 	Reporté par le MSSS au 14 septembre 2020
8.2	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	Reporté par le MSSS au 14 septembre 2020
8.3	Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux	<p>Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la durée estimée du projet; • le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement; • la structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA. 	Reporté par le MSSS au 14 septembre 2020
8.4	Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C.A. et ensuite transmis par courriel à l'adresse « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de Monsieur Iannick Martin (iannick.martin@msss.gouv.qc.ca).	Réalisé
8.5	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration de l'établissement. Une résolution du conseil d'administration de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel à l'adresse « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de Monsieur Iannick Martin (iannick.martin@msss.gouv.qc.ca).	Réalisé

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
9.1	Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits	<p>Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif et administration, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus ».</p> <p>La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.</p>	Réalisé
9.2	Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité	<p>Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020 les dates de transmission du bilan sont les suivantes : au plus tard le 31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilités; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données. 	Réalisé

Il n'y a pas de colonne « Commentaires » au tableau étant donné que l'état des attentes est « Réalisé » ou « Reporté » pour toutes celles-ci.

Reddition de comptes du CISSS des Laurentides

Les engagements de l'établissement en regard notamment du plan stratégique 2015-2020 du MSSS

Légende

	Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90% et inférieur à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Cancérologie			
Plan stratégique 19-23			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	75.2	90	72.6
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	98.3	100	96.8

Commentaires

1.09.33.01-PS Patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)

L'engagement n'est pas respecté. Les équipes de chirurgiens et de gestionnaires poursuivent leur collaboration visant à respecter les délais prescrits pour les usagers en attente d'une chirurgie oncologique. La baisse des résultats s'explique par des départs dans deux spécialités. La réorganisation de ces deux services incluant des ententes avec des hôpitaux d'autres régions est en cours. Malgré la diminution notable des activités avec l'arrivée de la pandémie, nous avons tout de même réussi à maintenir un taux comparable à l'ensemble des périodes de l'année 2018-2019.

1.09.33.02-EG2 Patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)

L'engagement n'est pas respecté. Tel que mentionné pour l'indicateur précédent, les équipes de chirurgiens et de gestionnaires poursuivent leur collaboration visant à respecter les délais prescrits pour les usagers en attente d'une chirurgie oncologique. La révision du processus de suivi des requêtes de chirurgie oncologique se poursuit afin de diminuer les délais. Malgré la diminution notable des activités avec l'arrivée de la pandémie, nous avons tout de même réussi à maintenir un taux comparable à l'ensemble des périodes de l'année 2018-2019.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé publique			
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	100	100	91.3
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90.5	92	89.7
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	76.9	90	76
Plan stratégique 15-20			
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	4657	3800	4 902
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	65.3	90	62.2
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	83.6	90	19.2

Commentaires

1.01.13.01-EG2 Collaboration à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire

L'engagement ambitieux par rapport aux autres régions n'est pas respecté principalement en raison de la COVID-19 et le ralentissement des activités de déploiement de l'éducation à la sexualité dans les écoles des Laurentides.

1.01.27-EG2 Enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais

L'engagement n'est pas respecté. Nous visons l'adhésion de toutes les familles au programme d'immunisation du Québec. Nous allons également embaucher des nouvelles ressources concernant le programme Agir tôt. Une campagne de sensibilisation auprès des nouveaux parents via le programme EMMIE (l'Entretien Motivationnel en Maternité pour l'Immunisation des Enfants) est en déploiement dans la région et devrait avoir un impact sur cet indicateur à moyen terme.

1.01.28-EG2 Enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais

L'engagement n'est pas respecté. On souhaitait que le programme Agir tôt influence le taux de vaccination, mais le déploiement du programme a été reporté. Dans un autre ordre d'idée, les ressources infirmières en vaccination ont été sollicitées pour la vaccination influenza, cela correspond à 15 000 rendez-vous de plus que la capacité de nos services réguliers. De plus, l'accroissement démographique important de la population de notre région a un impact sur notre capacité à améliorer les résultats. Dans le contexte de la pandémie, les activités de vaccination ont été ralenties pour la fin de la période.

1.01.29-PS Dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans

L'engagement est respecté. Une amélioration est notée comparativement aux années précédentes.

1.01.30-EG2 Enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais

L'engagement n'est pas respecté. Une campagne de sensibilisation auprès des nouveaux parents via le programme EMMIE (l'Entretien Motivationnel en Maternité pour l'Immunisation des Enfants) est en déploiement dans la région et devrait avoir un impact sur cet indicateur à moyen terme. De plus, un outil de suivi des délais de rendez-vous de vaccination a été déployé dans chacun des territoires. Ceci permet, entre autres, d'optimiser les services par un suivi au niveau régional. La poursuite du déploiement du plan d'action incluant la révision des plages horaires est en cours et sera réalisée après la pandémie.

1.01.32-EG2 Élèves de 4e année recevant le vaccin contre l'hépatite B

L'engagement n'est pas respecté. Puisque les écoles ont été fermées temporairement en raison de la pandémie, la 2e dose du vaccin n'a pas été administrée à la majorité des élèves de la 4e année.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
Plan stratégique 15-20			
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	80	100	80
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	40
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	33.3
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	53	80	69.4

Commentaires

1.01.19.01-PS Conformité aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)

L'engagement n'est pas respecté. Le résultat est similaire à celui de l'an dernier, quatre des cinq installations du territoire ont des taux d'infections conformes aux taux établis.

1.01.19.02-PS Conformité aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline

L'engagement n'est pas respecté. Nous remarquons une baisse par rapport aux résultats de l'an dernier. Deux des installations du territoire ont maintenu des taux d'infections conformes aux taux établis.

1.01.19.04-PS Conformité aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse

L'engagement n'est pas respecté et une baisse est remarquée par rapport aux résultats des années précédentes.

1.01.26-PS Conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements

L'engagement n'est pas respecté, cependant, on note une amélioration considérable comparativement aux résultats de l'année précédente. Un outil informatisé a permis de sensibiliser le personnel et de recueillir davantage d'audits.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Services généraux – Activités cliniques et d'aide			
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours	75.3	75	58.8
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	76	90	Engagement retiré par le MSSS

Commentaires

1.02.07-EG2 Réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique

À la période 10, l'engagement était respecté et même dépassé. Malgré l'augmentation du nombre de réfugiés accueillis à Saint-Jérôme, le pourcentage de réfugiés évalués dans un délai de 30 jours poursuit son augmentation. Ces résultats s'expliquent par des changements dans l'organisation des services. D'abord, dans les cas de familles nombreuses, l'équipe d'évaluation se déplace vers le domicile. De plus, l'augmentation d'heures des infirmières et des travailleurs sociaux permet un accès au service dans de meilleurs délais.

À la période 13, l'engagement n'est pas respecté. Arrêt du suivi à cause de l'urgence sanitaire et arrêt ministériel (COVID-19).

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	NA	1059588	1 257 397
Plan stratégique 15-20			
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	9786	9900	10 374
Plan stratégique 15-20			
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	87.6	90.5	86.6

Commentaires

1.03.05.01-EG2 Heures de service de soutien à domicile longue durée rendu à domicile par les différents modes de dispensation de services

L'engagement est respecté et même dépassé. L'augmentation des heures est liée aux investissements consentis dans les services de soutien à domicile.

1.03.11-PS Personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)

L'engagement est respecté et même dépassé. L'augmentation des volumes est liée aux investissements dans les services de soutien à domicile.

1.03.12-PS Personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)

En P10, nous étions en avance par rapport aux résultats de l'an dernier. Des mesures étaient en cours afin de respecter l'engagement à la période 13. Malheureusement, la COVID-19 nous a empêché de compléter les évaluations des 3 dernières semaines de l'année.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
Plan stratégique 15-20 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	83.3	100	Engagement retiré par le MSSS
Plan stratégique 15-20 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	83.3	100	Engagement retiré par le MSSS
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	Engagement retiré par le MSSS
Plan stratégique 15-20 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	Engagement retiré par le MSSS
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	78.3	84	74.3
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	87.2	91	77.5

Commentaires

1.03.07.00-PS Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier.

Vu l'annulation par le MSSS, les données au 31 mars 2020 ne sont pas disponibles. Toutefois, la haute direction et les différentes instances décisionnelles du CISSS soutiennent l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée et en surveillent les résultats, notamment par le maintien d'un comité stratégique qui assure cette vigie.

1.03.07.01-PS Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier. Implantation des composantes 1, 2 et 6

Vu l'annulation par le MSSS, les données au 31 mars 2020 ne sont pas disponibles. Toutefois, la haute direction et les différentes instances décisionnelles du CISSS soutiennent l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée et en surveillent les résultats, notamment par le maintien d'un comité stratégique qui assure cette vigie.

1.03.07.02-PS Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier. Implantation des composantes 3, 4 et 5

Vu l'annulation par le MSSS, les données au 31 mars 2020 ne sont pas disponibles. Toutefois, la haute direction et les différentes instances décisionnelles du CISSS soutiennent l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée et en surveillent les résultats, notamment par le maintien d'un comité stratégique qui assure cette vigie.

1.03.10-PS Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale

Vu l'annulation par le MSSS, les données au 31 mars 2020 ne sont pas disponibles.

1.03.13-EG2 Personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14

L'engagement n'est pas respecté. Une baisse est notée comparativement aux résultats de l'année précédente. Toutefois, cet indicateur étant cumulatif, lorsqu'un écart important est observé dès les premières périodes, il est difficile de corriger suffisamment la situation pour permettre le respect de l'engagement. Il demeure que pour des raisons cliniques, nous devons admettre certaines clientèles qui nécessitent un niveau de soins CHSLD, dont des usagers en soins palliatifs avec un pronostic entre 3 et 6 mois. L'ensemble des dossiers admis avec un profil 9 et moins sont validés par la gestionnaire du mécanisme d'accès à l'hébergement pour s'assurer qu'aucune autre option n'est possible pour ces clients. De plus, dans un contexte de COVID-19, nous avons obtenu une baisse significative des admissions, ce qui n'a pas favorisé l'atteinte de notre engagement. Considérant un contrôle retrouvé dans chacun des CHSLD, les équipes ont recommencé les admissions régulières.

1.03.16-EG2 Personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention

La pénurie de la main-d'œuvre en CHSLD fait en sorte que nous devons prioriser la dispensation des services essentiels à la clientèle. De plus, dans le contexte COVID-19, les activités de mises à jour des évaluations et plans d'intervention devenaient moins prioritaires. Considérant un contrôle retrouvé dans chacun des CHSLD, nous prévoyons la reprise de la mise à jour des évaluations et des plans d'intervention à court et moyen terme.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Déficiences			
Plan stratégique 15-20			
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	78.64	75.5	59.9
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	85.4	88	82.4
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	96.1	92	93.4
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	89.4	90	85.6
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	89.7	91.6	90.4
Plan stratégique 19-23 1.45.45.05 - Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	NA	90	95.7
Plan stratégique 15-20			
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	82.9	82.9	92.6
Plan stratégique 19-23 1.47 - Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	NA	807	865

Commentaires

1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA

L'engagement est respecté. Le délai d'attente obtenu est nettement plus court que la cible 2020 qui est de 90 jours. Une diminution constante du délai d'attente est notée au cours des dernières années. Les investissements dans le cadre du programme Agir tôt contribuent à diminuer le délai d'accès.

1.45.04.01-EG2 Personnes ayant une déficience physique – Services spécifiques

L'engagement n'est pas respecté. Un suivi rigoureux des listes d'attente est réalisé sur une base hebdomadaire par les gestionnaires en collaboration avec la direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Par ailleurs, on note une hausse de près de 25% du volume de clientèle.

1.45.04.05-EG2 Personnes ayant une déficience physique – Services spécialisés

L'engagement est respecté.

1.45.05.01-EG2 Personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – Services spécifiques

L'engagement n'est pas respecté. Les mécanismes de suivi rigoureux sont en place. Des enjeux de ressources humaines ont actuellement un impact sur la performance. Nous notons une augmentation de 16% du volume des demandes.

1.45.05.05-EG2 Personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – Services spécialisés

L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, la cible de 90% est atteinte et même dépassée. Les mécanismes de suivi rigoureux sont en place.

1.45.45.05-PS Enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.

L'engagement est respecté. Le CISSS des Laurentides se situe dans le premier tercile au niveau des résultats et il travaille actuellement à se doter de mécanismes de suivi pour maintenir les résultats obtenus pour ce nouvel indicateur.

1.46-PS Jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail

L'engagement est respecté.

1.47-PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

Le dépassement de l'engagement est attribuable à un développement de places d'hébergement en logements sociaux et communautaires en collaboration avec des partenaires communautaires ainsi qu'en résidences intermédiaires et ressources de type familial.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Jeunes en difficulté			
Plan stratégique 15-20			
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	12.67	12	14.05

Commentaires

1.06.17-PS Jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence

L'engagement n'est pas respecté. Les résultats sont sensiblement les mêmes par rapport à l'année dernière. Malgré l'augmentation de postes en protection de la jeunesse, les mouvements de personnel créent temporairement une discontinuité dans les services et une baisse de l'accessibilité.

Le développement des pratiques professionnelles des intervenants sociaux se poursuit en offrant de la formation à l'approche AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité) avec plus de 300 intervenants formés au CISSS et également dans le milieu communautaire. Toutefois, l'ampleur des charges de cas limite l'utilisation de ces outils. Cette charge de cas réduit également l'intensité des services reçus par la famille.

Il y a des enjeux de liste d'attente et de dispensation de services en santé mentale et dépendance adulte, où des parents vivent des difficultés majeures et conséquemment n'arrivent pas à jouer adéquatement leur rôle parental.

- Des difficultés de disponibilités des ressources humaines pour travailler en amont de la problématique de négligence affectent les services de première ligne.
- De plus, l'établissement supporte le développement de quatre centres de pédiatrie sociale dans les secteurs les plus défavorisés des Laurentides. L'impact de ce type de mesure peut demander un certain temps à s'actualiser.
- Les amendements à la loi suite au projet de loi 99 qui sont entrés en vigueur en janvier 2019 pourraient également avoir un impact négatif sur le taux de négligence pour les mois à venir en raison de l'ajout de la non-fréquentation scolaire comme motif de négligence.
- Finalement, il est important de préciser que le CISSS des Laurentides fait face à une augmentation d'un peu plus de 400 signalements en comparaison à l'année dernière. Ce qui a un impact important sur le taux de négligence.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Dépendances			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	79.7	81.8	84.7
Plan stratégique 15-20			
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	90.5	92.9	90.5
Plan stratégique 19-23			
1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	NA	5221	5 609

Commentaires

- 1.07.04-EG2 Personnes évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins**
L'engagement est respecté. Une hausse est notée comparativement aux résultats de l'année dernière. Il s'agit du meilleur pourcentage de réalisation depuis la création du CISSS.
- 1.07.06-PS Implantation de l'offre de services de détection et d'intervention précoce en dépendance**
L'engagement n'est pas respecté. Le pourcentage est demeuré stable depuis l'année dernière. Le contexte de la pandémie a eu un impact non négligeable. Des actions sont en cours actuellement afin de redéployer la formation de base en dépendance, ce qui nous permettra d'atteindre l'engagement pour la prochaine année.
- 1.07.07-PS Personnes ayant reçu des services en dépendance**
L'engagement est respecté.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé mentale			
Plan stratégique 15-20			
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	959.4	996	961.2
Plan stratégique 15-20			
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	342	347	342

Commentaires

- 1.08.13-PS Places en soutien d'intensité variable (SIV) reconnues par le Ministère**
L'engagement est respecté selon le financement octroyé.
- 1.08.14-PS Places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère**
L'engagement est atteint.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Urgence			
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	17.6	12	20.26
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	267	145	279
Plan stratégique 15-20 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	45.5	55	45.3
Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	44.1	75	43.3

Commentaires

1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence

L'engagement n'est pas respecté. La durée moyenne de séjour à l'urgence est en hausse comparativement à l'année 2018-2019. Pendant la période estivale, un achalandage accru de la clientèle couchée sur civière a créé une augmentation de la pression sur l'urgence. L'ensemble des projets qui mèneront à l'ouverture graduelle de places, que ce soit en hébergement, en réadaptation, en santé physique et en santé mentale, auront un impact important pour l'amélioration de la fluidité pour l'ensemble des clientèles et permettront de réduire la durée moyenne de séjour aux urgences. L'arrivée des grands projets de développement de lits de courte durée aura également un impact positif sur les résultats à long terme.

1.09.16-EG2 Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire

L'engagement n'est pas respecté. Nous sommes en réorganisation au niveau des services ambulatoires et nous allons ajouter des effectifs médicaux afin de répondre au standard.

1.09.43-PS Délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures

L'engagement n'est pas respecté. Une collaboration avec le Département régional de médecine générale des Laurentides (DRMG) a permis l'octroi de plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) à trois médecins pour Saint-Eustache et à quatre médecins pour Saint-Jérôme, lesquels vont se joindre aux équipes déjà en place à l'urgence de ces deux installations au cours de l'année 2020-2021. L'ajout de ces effectifs permettra de se rapprocher de l'engagement du pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures.

1.09.44-PS Clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures

L'engagement n'est pas respecté. La durée moyenne de séjour à l'urgence cumulative pour la clientèle ambulatoire est en légère baisse comparativement à l'an dernier. Une réorientation structurée a été implantée à l'Hôpital de Saint-Eustache et réduit la pression sur la zone ambulatoire de l'urgence et améliore le délai de prise en charge et par conséquent, la durée de présence. Depuis le 10 septembre 2019, à Saint-Eustache plus de 1600 patients ont été réorientés. L'analyse des résultats périodiques révèle une amélioration par rapport à la période équivalente des deux dernières années pour cette installation. Les modules de réorientations sont donc en déploiement dans toutes les installations.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie			
Plan stratégique 15-20			
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1628	1615	1 535
Plan stratégique 15-20			
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	46	56	46
Plan stratégique 15-20			
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	20,3	19,5	27,7

Commentaires

1.09.05-PS Usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile

L'engagement n'est pas respecté à la période 13. Malgré une diminution du nombre d'usagers, tous les usagers nécessitant des services de soins palliatifs à domicile sont desservis. Les processus de référence sont bien établis afin que les patients souhaitant recevoir des soins à domicile aient accès aux services.

1.09.45-PS Lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie

L'engagement n'est pas respecté à la période 13. Un écart de 10 lits sépare notre résultat de l'engagement. Des développements avec nos partenaires dans la communauté sont à venir dont un projet de dix lits pour la maison de soins palliatifs de la Fondation la Traversée. Le processus de construction des espaces est en cours. Un projet d'agrandissement de six lits additionnels pour la Maison SERCAN (Saint-Eustache) est aussi en discussion. Pour la majorité des secteurs, l'accès aux lits de soins palliatifs est possible pour les usagers qui le demandent. Toutefois, on dénote des délais d'attente plus importants au niveau de la Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord à Saint-Jérôme.

1.09.46-PS Décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile

L'engagement est respecté. Une variation importante est observée dans les résultats par rapport à l'an dernier pour notre CISSS et également pour tous les CISSS et CIUSSS de la province.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé physique – Services spécialisés			
Plan stratégique 19-23			
1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)	NA	80	72

Commentaires

1.09.49-PS Consultation auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille (Priorités A-B-C-D-E)

Veuillez noter que l'indicateur 1.09.49 remplace les indicateurs 1.09.49.01 et 1.09.49.02, prévus dans l'EGI, qui ont été fusionnés.

Objectif 80% non atteint. Facteur pandémique. Continuation dans le développement de l'accès. Conclure des ententes hors secteur et avec les autres CRDS pour une plus grande offre.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne			
Plan stratégique 15-20			
1.09.25-PS Nombre total de GMF	22	22	23
Plan stratégique 19-23			
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	79.78	85	80.23
Plan stratégique 19-23			
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	349372	369260	377 633
Plan stratégique 15-20			
1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	0	0	0

Commentaires

1.09.25-PS Nombre total de GMF

L'engagement est respecté. Les efforts déployés pendant l'année ont permis de maintenir l'engagement.

1.09.27-PS Population inscrite auprès d'un médecin de famille

L'engagement n'est pas respecté. Le pourcentage de la population prise en charge par un médecin de famille a toutefois augmenté comparativement à l'année dernière. Le département régional de médecine générale (DRMG) suit régulièrement l'évolution du dossier et continue à inciter les médecins à augmenter leurs efforts afin d'atteindre la cible. Deux facteurs peuvent expliquer la situation actuelle. D'abord le vieillissement de la population médicale avec plusieurs départs à la retraite et le mode de fonctionnement des hôpitaux basé sur la présence des médecins de famille aux urgences et à l'hospitalisation.

Nous avons également une augmentation annuelle de la population parmi les plus importantes du Québec. Nous avons fait des démarches auprès des GMF en 2020, afin de mousser la prise en charge de patients sur le GAMF, qui ont débuté en janvier et qui n'ont pu se conclure en raison de la COVID-19. Nous espérons avec l'arrivée d'une plus grande cohorte de médecins frais émoulus en 2021, nous pourrions augmenter ce pourcentage d'inscription de manière importante. Nous avons aussi un manque chronique d'effectifs médicaux en première ligne dans les dernières années.

1.09.27.01-PS Personnes inscrites auprès d'un médecin de famille GMF

L'engagement est respecté.

1.09.48-PS Groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)

L'engagement est respecté. Le CISSS poursuit ses efforts de concert avec les GMF pour la réorientation des priorités 4 et 5 de même que pour la clientèle orpheline. Il y aura une révision du programme GMF à venir, possiblement en début d'année 2021, ce qui pourrait amener de nouvelles adhésions en 2021.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Chirurgie			
Plan stratégique 15-20			
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	10	0	99
Plan stratégique 19-23			
1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	514	582	1657

Commentaires

1.09.32.00-PS Demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies

L'engagement n'est pas respecté. En raison de la pandémie, seuls les cas urgents, semi-urgents et oncologiques ont été effectués. Afin d'aider à rattraper les délais encourus et surtout éviter que le nombre de cas sur les listes d'attente augmente, une reprise graduelle des activités chirurgicales au sein du CISSS des Laurentides sera mise en place. Également, une entente de partenariat avec deux cliniques médicales spécialisées sera signée sous peu.

1.09.32.10-PS Demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois

L'engagement n'est pas respecté. En raison de la pandémie, seuls les cas urgents, semi-urgents et oncologiques ont été effectués. Afin d'aider à rattraper les délais encourus et surtout éviter que le nombre de cas sur les listes d'attente augmente, une reprise graduelle des activités chirurgicales au sein du CISSS des Laurentides sera mise en place. Également, une entente de partenariat avec deux cliniques médicales spécialisées sera signée sous peu. Attention, le MSSS n'a pas tenu compte de la relation négative à la cible dans l'appréciation de l'atteinte.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	40.2	60	44.1
Plan stratégique 15-20 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	95.9	100	92.6
Plan stratégique 15-20 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100
Plan stratégique 15-20 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	39.6	60	30.6
Plan stratégique 15-20 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	49.6	60	74.8
Plan stratégique 15-20 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	56.2	60	51.6
Plan stratégique 15-20 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	96.8	100	98.9
Plan stratégique 15-20 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	78	90	68.7

Commentaires

1.09.34.00-PS Examens électifs primaires en imagerie médicale

L'engagement n'est pas respecté. Le plateau technique et la présence médicale demeurent les enjeux principaux afin d'améliorer les délais. Nous notons tout de même une amélioration par rapport à l'an dernier. L'ouverture d'un laboratoire d'imagerie médicale (LIM) prévue en juillet 2020 devrait permettre d'atteindre la cible pour 2020-2021.

1.09.34.03-PS Mammographies diagnostiques

L'engagement n'est pas respecté. La pandémie a eu pour impact de diminuer le nombre d'exams effectués en période 13, et ce, malgré les deux ententes avec les laboratoires d'imagerie médicale (LIM) de Saint-Eustache et Sainte-Thérèse pour tenter de minimiser les impacts.

1.09.34.04-PS Échographies obstétricales

L'engagement est respecté.

1.09.34.05-PS Échographies cardiaques

L'engagement n'est pas respecté. Une baisse est notée comparativement à l'année dernière en raison de difficultés de recrutement de personnel médical. Quatre postes de cardiologue sont à combler (trois à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme et un à l'Hôpital de Saint-Eustache). Afin de combler le manque de cardiologue, nous avons ajouté des technologues autonomes. Malgré ces ajouts, la cible n'a pu être atteinte.

1.09.34.06-PS Échographies mammaires

L'engagement est respecté. Un appareil additionnel à l'Hôpital de Saint-Eustache est en fonction depuis juillet 2019. Plusieurs partenariats avec des laboratoires d'imagerie médicale (LIM) ont été créés dans le contexte de la pandémie afin de minimiser les impacts. Ceci a eu pour effet de conserver les gains que nous avons faits depuis le début de l'année et les années précédentes.

1.09.34.07-PS Autres échographies

L'engagement n'est pas respecté. La demande dépasse l'offre. L'établissement a établi un partenariat avec le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) de Montréal ainsi qu'avec deux cliniques privées depuis l'annonce de la gratuité des examens en cliniques privées. Le deuxième échographe est fonctionnel depuis mars 2020 à Mont-Laurier, mais, dû à la pandémie, l'augmentation prévue n'a pas eu lieu. En revanche, afin de minimiser la réduction d'exams en raison de la crise sanitaire, nous avons fait plusieurs redirections vers les laboratoires d'imagerie médicale (LIM). Finalement, l'ouverture du laboratoire d'imagerie médicale prévue en juillet 2020 à Saint-Jérôme permettra d'améliorer les délais.

1.09.34.08-PS Tomodensitométries

L'engagement n'est pas respecté. Dû à la pandémie, les partenariats avec des laboratoires d'imagerie médicale (LIM) ne sont pas possibles en tomodensitométrie considérant que ce type d'examen n'est pas gratuit au privé.

1.09.34.09-PS Résonances magnétiques

L'engagement n'est pas respecté. La demande dépasse l'offre. De plus, une réduction est notée depuis les trois dernières périodes, particulièrement en période 13 à cause de la pandémie. De surcroît, l'entente actualisée en novembre 2019 avec l'Hôpital Fleury qui nous aidait de réduire nos délais d'attente a pris fin depuis le début de la pandémie.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100

Commentaires

2.02.02-EG2 Élimination des zones grises en hygiène et salubrité

L'engagement de 100 % est respecté. Les équipes d'hygiène et salubrité, les équipes de prévention des infections et le personnel des unités de soins travaillent en étroite collaboration afin d'éliminer les zones grises sur les unités de courte durée et de soins critiques à travers le CISSS, et ce, en continu.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Ressources humaines			
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	9.79	9.55	10.25
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4.17	3.96	4.91
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1.67	1.34	2.82
Plan stratégique 19-23 3.05.03 - Ratio de présence au travail	NA	87.30	86.69

Commentaires

3.01-PS Assurance-salaire

L'engagement n'est pas respecté. Bien que le ratio demeure élevé, les actions en cours de réalisation démontrent une légère diminution des nouveaux cas depuis quelques périodes.

Les gestionnaires sont formés sur la Gestion intégrée de la présence au travail (GIPT) notamment sur la prévention des absences et la gestion du retour au travail durable. Cette formation fait maintenant partie du calendrier annuel afin que tous les nouveaux gestionnaires puissent en bénéficier. Un programme favorisant le rétablissement et le retour au travail (PARTEO) a débuté en octobre 2019. Se sont jointes à l'équipe de prévention, deux ergothérapeutes en santé mentale pour coordonner et faciliter un retour au travail durable.

De plus, un plan d'action est mené par l'équipe de santé, sécurité et mieux-être afin d'optimiser la gestion des dossiers en assurance-salaire suite à un audit sur le suivi administratif des dossiers d'absence. Pour ce faire, l'organisation a investi en ressources supplémentaires, dont deux nouvelles conseillères-cadres, afin de soutenir l'élaboration de stratégies de gestion des dossiers.

Enfin, le lancement du plan d'action national visant la prévention et la promotion de la santé globale 2019-2023 amènera, dans notre organisation, la mise en place des plans d'action pour chacune des directions d'ici le mois de juin 2020. Les plans d'action sont en cours d'élaboration.

3.05.02-PS Heures supplémentaires

L'engagement n'est pas respecté. Le taux demeure élevé et des efforts sont en cours afin de le diminuer, et ce, malgré l'augmentation du nombre d'embauches qui a augmenté de 24% par rapport à l'an dernier. Il faut comprendre que le nombre d'heures travaillées est en constante augmentation, ainsi que les surcroûts demandés pour répondre à différents besoins imprévus. L'ensemble des éléments nommés qui contribuent à réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) aura également pour effet de réduire les heures en temps supplémentaire. À cela, nous pouvons ajouter :

- Révision de l'offre de service pour les activités de remplacement visant une gestion optimale de la main-d'œuvre et l'amélioration de la présence au travail;
- La formation sur la Gestion optimale de la main-d'œuvre (GOMO) développée pour les gestionnaires et leurs agentes administratives à la confection des horaires de travail vise à mieux équilibrer les horaires de travail. Cette formation obligatoire permet de maximiser les effectifs en place, de diminuer le recours à la MOI et au temps supplémentaire et bien sûr, d'éliminer le temps supplémentaire obligatoire. Cette formation fait maintenant partie du calendrier annuel afin que les nouveaux gestionnaires puissent en bénéficier.

3.06.00-PS Recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI)

L'engagement n'est pas respecté. Le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) demeure un enjeu très important. Une hausse importante est remarquée par rapport à l'année dernière. Pourtant, plusieurs actions sont en cours afin de réduire le recours à la MOI telles que :

- Bourses d'études de 7 500 \$ par étudiant : programme déployé par les centres de formation professionnelle et financé par le MSSS. À la période 10, 118 bourses ont été offertes. 30 autres demandes sont en attente de financement;
- Entente avec la fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) pour les "postes à la carte" offerts à l'embauche visant l'attraction du personnel par une offre de postes plus avantageuse. L'application de cette nouvelle mesure est très récente. Des discussions sont en cours avec la confédération des syndicats nationaux (CSN) pour le même type de modalités;
- Ouverture en janvier 2020 d'un nouveau service des ressources humaines visant l'accueil, l'intégration et la rétention du personnel;
- Organisation d'un séjour exploratoire visant l'attraction, fait avec les partenaires du milieu pour les municipalités régionales de comté (MRC) d'Antoine-Labelle, des Laurentides et des Pays-d'en-Haut;
- Image de marque employeur du CISSS des Laurentides déployée en février 2020. Ceci assurera une visibilité au CISSS des Laurentides, favorisera un sentiment d'appartenance pour les employés et stimulera l'attraction de la main-d'œuvre;
- Programme DUAL: nouveau modèle de formation qui propose 50 % du temps d'apprentissage intégré au travail et rémunéré au titre d'emploi « apprentis ». La formule permet aux étudiants « apprentis » préposés aux bénéficiaires (PAB) de suivre leur formation pratique avec nos employés dans le milieu de travail et 50 % du temps en classe pour les cours théoriques.

3.05.03-PS Présence au travail

L'engagement n'est pas respecté. Le nombre d'heures en assurance salaire et en absences reliées à un accident de travail (CNESST) sont les principaux facteurs qui influencent cet indicateur.

Le taux élevé du ratio d'assurance salaire explique donc en bonne partie le résultat obtenu et les stratégies mentionnées pour cet indicateur s'appliquent également pour le ratio de présence au travail.

Du côté des accidents de travail, la poursuite du programme de coaching au principe de déplacement sécuritaire des bénéficiaires jumelé à l'approche relationnelle de soins a une incidence sur le nombre de nouveaux accidents du travail qui est en diminution.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Multiprogrammes			
Plan stratégique 15-20 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	53.4	65.1	64.1
Plan stratégique 15-20 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	20	100	ND

Commentaires

7.01.00-PS Premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)

L'engagement est respecté. L'amélioration observée par rapport à l'année dernière témoigne de l'effet des mesures mises en place et des efforts consentis pour offrir un premier service de nature psychosociale plus rapidement.

La trajectoire de services de la clientèle jeunes en difficulté a été révisée afin de permettre une intervention rapide auprès de ces usagers. Lors des travaux sur la trajectoire de services, les usagers de 6 à 12 ans ont été identifiés comme les générateurs du plus grand nombre de demandes, l'offre de services de cette clientèle est en révision. De plus, un service d'interventions brèves de nature psychosociale a été mis en place permettant de répondre rapidement aux demandes. Dans certains cas, cette réponse signifie d'outiller ou d'orienter la clientèle vers une autre ressource. Elle s'avère ainsi être terminale pour le tiers des demandes. De plus, les situations semi-urgentes (priorité 2) sont priorisées afin d'être prises en charge dans un délai de 30 jours.

Pour la clientèle santé mentale adulte, la trajectoire de services a été révisée et un service d'interventions brèves est consolidé afin de répondre plus rapidement aux demandes.

7.02.00-PS Implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir

Le MSSS a révisé ses échéanciers pour 2019-2020. L'implantation de certaines composantes de la stratégie à 2020-2021 est reportée.

Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS 2019-2020

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	2562	
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	24 336	
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 335 284	
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	77.6	



Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

- L'agrément
- La sécurité et la qualité des soins et des services
- Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission
- L'examen des plaintes et la promotion des droits
- L'information et la consultation de la population

Dans le cadre du nouveau programme d'agrément, les établissements sont désormais soumis à un cycle d'agrément de cinq ans au lieu de quatre. Par conséquent, l'évaluation des programmes-services et des normes est ventilée en cinq séquences. À cet effet, le CISSS des Laurentides a fait l'objet d'une évaluation des séquences 1 et 2 par Agrément Canada lors de la visite qui a eu lieu du 3 au 8 novembre 2019. Ce cycle a été amorcé par l'évaluation des programmes-services et des normes suivantes :

Séquence 1	Séquence 2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Norme gouvernance ▪ Norme leadership ▪ Norme de santé publique ▪ Norme de prévention et de contrôle des infections ▪ Norme de gestion des médicaments ▪ Norme de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le programme jeunesse incluant la DPJ ▪ Le programme de santé mentale-dépendance

Résultats

Agrément Canada a octroyé une note moyenne de 95.7 % pour l'ensemble des 1 831 critères évalués pour les séquences 1 et 2. Précisément, le taux de conformité obtenu pour la séquence 1 est de 93.9 % pour les 676 critères évalués et de 97.4 % pour les 1 155 critères évalués de la séquence 2.

Structure de gouvernance

Pour se préparer à la visite, les acteurs impliqués ont réalisé plusieurs séances de travail. Cette façon de procéder a permis d'identifier les grands défis à relever et d'élaborer des plans d'amélioration détaillés. Pour ce faire, une structure de comité tactique ainsi qu'un comité de coordination ont été mis en place afin de suivre, harmoniser et séquencer les travaux.

Bons coups

Plusieurs bons coups ont été soulignés dans chacun des secteurs lors de cette visite.

Pistes d'amélioration

Agrément Canada a aussi identifié quelques améliorations à mettre en œuvre. Les améliorations ciblées touchent principalement la norme gestion des médicaments et le bilan comparatif des médicaments. Des preuves de conformité sont attendues pour la prochaine année auprès d'Agrément Canada, et ce, dans une perspective d'amélioration continue. Celles-ci font présentement l'objet de travaux.

Amélioration continue

La prochaine visite d'Agrément Canada est prévue en 2021. La séquence 3 vise à évaluer les programmes-services de la santé physique et des services généraux ainsi que la norme télésanté.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Le comité de gestion des risques

Durant l'année 2019-2020, le comité stratégique de gestion des risques, ainsi que ses cinq sous-comités, ont continué à suivre différents indicateurs tels que :

- Les types d'événements;
- Les événements avec conséquences graves;
- Les risques spécifiques tels que : les chutes, les erreurs de médicaments, les agressions et les tentatives de suicide;
- Le taux de réalisation des analyses sommaires des accidents par les gestionnaires.

La déclaration des incidents et des accidents

Pour l'année 2019-2020, il y a eu 21204¹ déclarations d'incidents ou d'accidents produites pour l'ensemble du CISSS des Laurentides. Ce nombre de déclarations constitue une augmentation de 11 % par rapport à l'année 2018-2019.

Nombres de déclarations d'incidents ou d'accidents par année		
2017-2018	2018-2019	2019-2020
21 702	19 127	21 204

Plusieurs actions ont été réalisées afin de consolider la culture de gestion des risques, notamment la formation des employés et des gestionnaires. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020, c'est plus de 1485 personnes qui ont suivi la formation sur la déclaration des incidents et des accidents alors que 133 autres ont suivi la formation portant sur l'analyse des événements indésirables.

Par ailleurs, s'ajoute au chapitre des activités de promotion de la sécurité des services, la tenue de la semaine de la sécurité des usagers à la fin octobre 2019. Lors de cette semaine, une multitude d'activités ont permis aux employés et usagers de se familiariser avec différents concepts associés à la sécurité des usagers en contexte de prestation de soins et de services.

Notons également, la réalisation d'audits dont un premier ayant porté sur la qualité des analyses sommaires des déclarations, et un second sur la divulgation. D'ailleurs, ce dernier s'est distingué par la mise à contribution d'un usager partenaire tant pour les étapes de la conception de l'audit que dans sa réalisation, ce qui lui a valu le titre de pratique exemplaire par Agrément Canada. Une première pour le CISSS des Laurentides.

Cette année, ce sont 105 événements à risque élevé qui ont été signalés à la gestion des risques. De ce nombre, 55 ont été retenus comme étant sentinelle et ont fait l'objet d'une analyse et de l'émission d'actions recommandées en vue d'éviter leur récurrence.

¹ Données extraites du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) en date du 2020-04-30, ces données peuvent être appelées à changer en raison de la poursuite des travaux en lien avec la saisie des déclarations et des analyses sommaires. Ce volume ne tient compte que des déclarations ayant une analyse sommaire complétée.

Les risques identifiés

Les trois types d'incidents les plus fréquents sont les incidents de types «Médication» associé entre autres aux omissions et erreur de dose/débit. En deuxième lieu vient le type d'événement «Autres» rapportant des événements tels que les erreurs liées au dossier et liées aux mesures de contrôle et finalement les événements associés au « Retraitement des dispositifs médicaux » (RDM/MMUU) comme par exemple un bris dans la chaîne de retraitement du dispositif médical lié à l'organisation du travail ou à l'environnement.

Les trois types d'accidents les plus fréquents sont les chutes, dont principalement les circonstances « trouvé par terre », « en circulant » et « lors d'un transfert ». Les erreurs de médication telles que les omissions et les erreurs de dose/débit arrivent en deuxième au niveau de la fréquence. Finalement, vient en troisième lieu le type d'événement « Autres » regroupant plusieurs situations étant à l'origine d'accidents, dont notamment les blessures d'origine connue, les blessures d'origine inconnue et les plaies de pression.

Répartition des incidents par statuts de gravité par type d'événements

Type d'événement	Gravité		Total des incidents	% nombre de déclarations
	A	B		
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	11	17	28	0,13 %
Autres	207	258	465	2,19 %
Chute	59	80	139	0,66 %
Diète	7	34	41	0,19 %
Lié à l'équipement	17	22	39	0,18 %
Lié au bâtiment	5	9	14	0,07 %
Lié au matériel	31	53	84	0,40 %
Lié aux effets personnels	28	28	56	0,26 %
Médication	164	455	619	2,92 %
RDM/MMUU	10	201	211	1,00 %
Test Dx Imagerie	5	5	10	0,05 %
Test Dx Laboratoire	18	165	183	0,86 %
Traitement	60	105	165	0,78 %
Total	622	1432	2054	9,69 %

Répartition des accidents par statuts de gravité par type d'événements

Type d'évènement	Gravité									Total des accidents	% nombre de déclarations
	C	D	E1	E2	F	G	H	I			
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	120	584	201	17	12					939	4,43%
Autres	542	1312	815	90	50	2		14		2882	13,59%
Chute	924	5633	1704	215	105	17		15		8633	40,71%
Diète	27	23	3		1			1		56	0,26%
Lié à l'équipement	19	32	8	1						61	0,29%
Lié au bâtiment	10	9	2							21	0,10%
Lié au matériel	63	61	8	3	1					139	0,66%
Lié aux effets personnels	59	44	4	1						113	0,53%
Médication	2743	1955	231	33	7					4994	23,55%
RDM/MMUU	5	6	1	1						13	0,06%
Test Dx Imagerie	32	8	4	5	1					56	0,26%
Test Dx Laboratoire	195	211	5	3	1					455	2,15%
Traitement	374	319	64	10	6					788	3,72%
Total	5113	10197	3050	379	184	19	0	30		19150	90,31%

Le type d'événement « Autres » regroupe plusieurs situations étant à l'origine d'incidents ou d'accidents, notamment les blessures d'origine connues, les blessures d'origine inconnue et les plaies de pression.

Recommandations du comité de gestion des risques

Aucune recommandation n'a été émise par le comité de gestion des risques pour l'année 2019-20.

Toutefois, ce dernier a porté une attention particulière à la révision des processus internes de gestion des risques. Il a été demandé que les plans d'action issus de l'analyse d'événements à conséquence grave prévoient des actions ayant des échéanciers de 3 mois ou moins afin d'éviter la récurrence de l'événement. Par ailleurs, le comité, soucieux de donner un sens à la démarche de gestion des risques, a rendu disponible aux directions cliniques des informations sur les événements. Ainsi, les rapports trimestriels sont maintenant déposés au Comité de direction et des démarches sont en cours afin que les actions recommandées issues de l'analyse d'événements à conséquence grave en cours de réalisation puissent être intégrées aux salles de pilotage des directions cliniques concernées.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

Pour l'année 2019-2020, le CISSS des Laurentides a été interpellé pour trois rapports d'investigation du coroner avec recommandations, dont deux survenus dans d'autres régions. Les recommandations issues de ces rapports ont permis d'apporter des améliorations.

Entre autres, dans le cas du décès d'un proche aidant de 84 ans à la suite d'une asphyxie des structures du cou secondaire à un lien de pendaison. Tel que recommandé la *Procédure de non-réponse lors des services ainsi que des visites planifiées pour les clientèles vulnérables* a été mise à jour et harmonisée. Également, des ateliers de travail ont été développés pour l'ensemble des intervenants en soutien à domicile visant ainsi à rehausser le niveau de soutien aux proches aidants, dont ceux qui sont suicidaires, en leur offrant un suivi individuel et approprié quant au rôle qu'ils jouent auprès du client. Ces ateliers ont été développés à l'aide des éléments ci-dessous :

- Recensement et présentation des meilleures pratiques en matière de soutien aux proches aidants;
- Outils de dépistage du risque suicidaire chez les proches aidants;
- Mécanisme d'accompagnement/référence des usagers présentant un risque élevé de suicide.

Dans le cas du décès dans une autre région d'une femme de 78 ans à la suite d'une asphyxie par compression thoracique associée au glissement de l'assise surbaissée de son fauteuil roulant, le CISSS des Laurentides s'est assuré d'informer l'ensemble des directions concernées ainsi que l'ensemble des établissements privés de son territoire du risque associé aux assises surbaissées par l'envoi d'une correspondance ainsi qu'une copie du rapport d'investigation. Par ailleurs, un recensement des fauteuils à assise surbaissée a été effectué pour l'ensemble des installations du CISSS des Laurentides et une démarche pour les sécuriser a été effectuée. De plus, une correspondance portant sur les « Mesures favorisant la sécurité des fauteuils à assise surbaissée » a été transmise à l'ensemble des établissements privés du territoire.

Finalement, en réponse aux recommandations du coroner portant sur un événement s'étant produit dans une autre région concernant le suicide d'un ex-détenu de 44 ans ayant quitté le milieu carcéral après 23 ans de détention, le CISSS des Laurentides a fait état des mesures mises en place visant à assurer « [...] l'intégration des soins de première ligne en santé mentale, physique et de dépendance [...] » et à « [...] assurer un continuum de soins de santé physique, mentale et de dépendance ainsi qu'une offre d'hébergement pour les détenus. »

Recommandations du comité de gestion des risques et suivis effectués par l'établissement en lien avec les priorités en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des infections

Des travaux sont en cours afin d'ajouter aux suivis effectués par le comité de gestion des risques, ceux en lien avec les avis, alertes et rappels de produits ainsi que les déclarations produites dans le cadre de l'application de la *Loi de Vanessa* soit concernant les réactions indésirables graves à un médicament (RIM) et les incidents liés à un instrument médical (IIM).

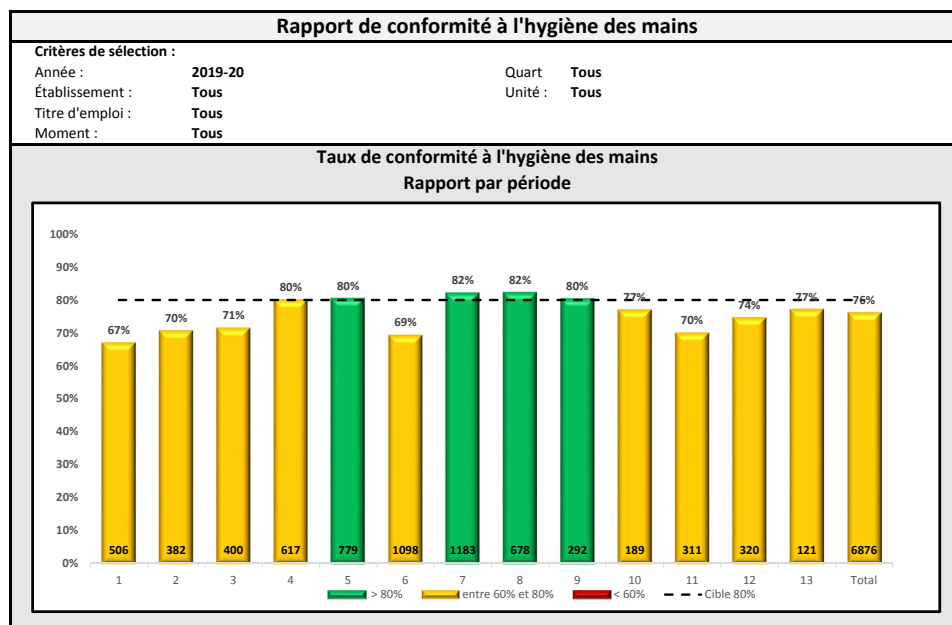
À la suite de la visite de l'agrément, deux points prioritaires devront être mis en place. Une politique de gestion des éclosions ainsi qu'un plan d'action général pour les cinq prochaines années. Ces documents seront élaborés dès qu'une diminution des activités reliée à la COVID-19 sera perçue.

Surveillance des infections nosocomiales

En raison de la pandémie mondiale de COVID-19 qui sollicite les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) de façon exceptionnelle, la surveillance des infections nosocomiales est toujours réalisée dans nos installations, cependant la compilation des résultats pour diffusion a dû être mise en suspend. Cette diffusion reprendra dès que les ressources dans les équipes de PCI seront suffisantes pour assurer le suivi.

L'hygiène des mains

Le taux moyen de conformité pour 2019-2020 est de 76 %, on parle d'une amélioration de 22 % comparativement aux résultats de l'année précédente (54 %). Un outil informatisé est utilisé afin de sensibiliser le personnel et recueillir davantage d'audits. Cet outil a été réévalué en début d'année et sera optimisé pour en faciliter l'utilisation par le personnel. Au cours de l'année 2019-2020, 6876 observations ont été réalisées. Cet outil reste à implanter dans chacune des unités du CISSS. Une augmentation graduelle du taux de conformité périodique a été observée en début d'année et nous avons même réussi à atteindre un taux de 80 % et plus sur 5 périodes. Nos efforts vont se poursuivre et seront appuyés par une campagne de sensibilisation au cours de l'année 2020-2021.



MESURES DE CONTRÔLE

Lors de la dernière année, la majorité des directions cliniques ont entériné une procédure adaptée à leur clientèle découlant du Protocole sur l'application des mesures de remplacement et l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (ci-après appelé protocole) adopté par le conseil d'administration de l'établissement en novembre 2018. Par la suite, plusieurs directions cliniques ont amorcé une démarche d'implantation de leur procédure comprenant la diffusion et la formation.

Faits saillants 2019-2020

La Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées – volet hébergement (DSAPA-HÉB) a poursuivi ses efforts sur l'utilisation des mesures de remplacement grâce, entre autres, à l'implantation du projet « OPUS-AP » débuté en 2018. Ce projet vise à éviter, voir éliminer, l'utilisation des mesures de contrôle de type chimique. Actuellement, ce sont 50 % des CHSLD du territoire qui ont implanté ce projet. Il est souhaité que d'ici le 31 mars 2021 l'ensemble des installations du CISSS prennent part au projet. À noter que le taux régional d'utilisation des mesures de contrôle de type physique a légèrement augmenté avec un taux de 6,64 % pour l'année 2019-2020 comparativement à 6,5 % en 2018-2019. Bien que l'isolement ne soit plus utilisé à titre de mesure de contrôle dans les installations de la DSAPA-HÉB, le contexte de la pandémie qui sévit depuis le mois de mars 2020 a mené à son utilisation de façon exceptionnelle. Des travaux sont en cours afin d'encadrer cette pratique et d'assurer son utilisation seulement en dernier recours.

À la Direction du programme Jeunesse (DJ), malgré la situation persistante quant au surnombre en centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA), nous avons constaté une stabilité dans le nombre d'applications de mesures de contrôle. Voici un aperçu des données recueillies :

Nombre isolements		Nombre contentions	
2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
138	132	1160	1148

La procédure a été diffusée tel que prévu et 200 intervenants (éducateurs, agents d'intervention, infirmières, psychoéducateurs) ont reçu la formation à l'hiver 2020. Pour la prochaine année, un suivi d'implantation et l'animation de vignettes cliniques permettront l'intégration et la consolidation des acquis. Pour les autres secteurs concernés à la DJ, soient le volet RI-RTF et le volet hospitalier, l'implantation de la procédure se poursuit et une réflexion est présentement en cours afin de colliger et de suivre les données clientèles pertinentes de façon fiable et pérenne.

À la Direction des programmes en déficience et de la réadaptation physique (DPDRP), il y a eu le déploiement du protocole et de la procédure incluant l'utilisation, entre autres, de nouveaux formulaires. En 2018-2019, le comité sectoriel interdisciplinaire croyait à une sous-déclaration du nombre de mesures réellement en cours. Tel qu'espéré cette situation s'est corrigée avec le déploiement de la procédure. Cette année, nous constatons effectivement une légère augmentation de deux mesures de contrôle utilisées dans le continuum Déficience intellectuelle-Trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA). À noter que la recherche des mesures alternatives est toujours au cœur du processus clinique. Ainsi, 14 mesures de contrôle ont été retirées pour 11 usagers en DI-TSA cette année. Pour le continuum en déficience physique, nous constatons une diminution de 2 mesures comparativement à l'année dernière. Le tableau suivant fait état du nombre et du type de mesures de contrôle en application en date du 31 mars 2020 dans un contexte planifié pour l'ensemble de la direction DPDRP.

Mesures en cours au 31 mars 2020

Nombre de mesures planifiées/ type de mesures	DI-TSA 43 mesures pour 34 personnes	DP 4 mesures pour 2 personnes
Contention mécanique	22	4
Contention force humaine	15	-
Isolement	6	-

Pour les unités hospitalières de la Direction des programmes Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adulte (DSMDPGA), l'utilisation des mesures de contrôle est généralement à la baisse dans plusieurs secteurs. Toutefois, dans le secteur des soins intensifs l'usage de mesures a été requis afin de répondre aux besoins des usagers impliquant une augmentation des volumes pour ce secteur en particulier.

On constate que l'application des stratégies retenues à Saint-Jérôme depuis les dernières années a permis de réduire substantiellement l'utilisation des mesures de contrôle dans les unités desservies par la Santé mentale adulte au Centre de santé et de services sociaux de Rivière-Rouge. Par contre, suivant une modification de la clientèle admise, la proportion de personnes sous garde ou en Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) a mené à une augmentation de 36 % de recours à l'isolement dans cette installation.

Voici certaines stratégies gagnantes qui se sont poursuivies durant la dernière année :

- Formation Omega systématique à l'embauche
- Intervention des gestionnaires lors de code blanc, soutien clinique pour tous les membres de l'équipe interdisciplinaire
- Implication de l'utilisateur à son plan d'action et processus de débriefing post événement.

Pour les secteurs du volet santé physique adulte hospitalier, la formation auprès des intervenants a débuté dans les dernières années et se poursuivra en 2020-2021. À l'instar de plusieurs secteurs, une réflexion demeure en cours pour documenter et suivre l'implantation du protocole.

Suivis apportés aux recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Faits saillants

Au cours de l'année 2019-2020, 2971 dossiers ont été traités par l'équipe du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services lesquels ont générés 476 recommandations ou engagements formels. Tous ont fait l'objet de suivis appropriés ou sont en cours de suivi et ont été portés à l'attention du comité de vigilance et de la qualité, permettant ainsi de prévenir la récurrence de situations similaires à l'avenir.

Exemples de recommandations et engagements formulés	Exemples d'actions prises
<p>Rappeler à l'ensemble du personnel de l'urgence, incluant le personnel médical, l'importance de prendre tous les moyens nécessaires dans le but de respecter les délais de prise en charge médicale prévus à l'Échelle canadienne de triage et de gravité.</p>	<p>Le personnel a été rencontré lors d'une réunion de service pour effectuer un rappel concernant l'importance de prendre tous les moyens nécessaires afin de respecter les délais de prise en charge médicale.</p> <p>Un médecin supplémentaire sera en service à l'aire ambulatoire, et ce, dans le but d'améliorer le délai de la prise en charge médicale.</p>
<p>Poursuivre activement les démarches et les représentations auprès de la Direction des services préhospitaliers d'urgence du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin que soit optimisée la couverture ambulancière de la région des Laurentides à la hauteur des priorités régionales identifiées.</p>	<p>Un nouvel exercice d'analyse des charges de travail accompagné des recommandations du CISSS des Laurentides sur les priorités régionales a été acheminé au MSSS.</p>
<p>Réviser le formulaire Responsabilité des frais d'hospitalisation (GX-1653) afin que les coordonnées du service où l'utilisateur peut s'adresser pour recevoir des informations ou modifier son choix de chambre soient ajustées selon l'installation où l'utilisateur est hospitalisé.</p>	<p>Le formulaire utilisé a été révisé et adapté en fonction des coordonnées du service de la perception ou de l'admission afin de mieux renseigner les usagers.</p>
<p>Rappeler à l'ensemble du personnel infirmier l'importance de transmettre des explications claires à l'utilisateur et sa famille concernant les différentes étapes liées au parcours de soins, notamment en contexte de fin de vie.</p>	<p>Le personnel a été informé lors d'une rencontre d'équipe de l'importance de transmettre des explications claires à l'utilisateur et sa famille en lien avec les différentes étapes liées au parcours de soins, notamment en contexte de fin de vie.</p> <p>Il doit faire appel à l'infirmière ainsi qu'à la travailleuse sociale en soins palliatifs afin de soutenir l'utilisateur, la famille et le personnel dans un contexte de fin de vie. Une formation obligatoire sur les soins palliatifs est en cours pour tout le personnel de l'unité afin d'apporter le support nécessaire à la famille et à l'utilisateur en fin de vie.</p>
<p>Rappeler aux techniciens ambulanciers-paramédics concernés que le choix du centre hospitalier lorsque requis par un utilisateur doit être discuté avec lui avant de quitter les lieux, et ce, afin d'éviter que ne soient brimés ses droits.</p>	<p>La recommandation a été acheminée aux techniciens ambulanciers-paramédics concernés par courriel, et ce, afin qu'ils puissent y apporter une attention particulière.</p>

Exemples de recommandations et engagements formulés	Exemples d'actions prises
Appliquer des moyens tangibles pour identifier et surveiller, dès son arrivée à l'urgence, toute personne vulnérable non accompagnée et valider régulièrement son besoin d'assistance.	Dossier en attente d'un suivi de la part de la direction concernée.
Élaborer et diffuser une procédure de distribution des médicaments pour les usagers en répit en centres d'hébergement de soins de longue durée, en collaboration avec le département de pharmacie de l'établissement.	Le mécanisme d'accès en hébergement verra avec ses intervenants du soutien à domicile, la possibilité d'obtenir auprès d'une pharmacie de quartier, une collaboration sur la distribution des médicaments en CHSLD. Au centre d'hébergement, reprise de l'application de la gestion des médicaments lors d'un répit. Également sur la feuille d'administration des médicaments, le Coumadin sera mis en évidence en le surlignant et en indiquant qu'il se trouve dans un autre Dispill. Pour les CHSLD la procédure sera appliquée dès maintenant avec les ajustements lors de la rencontre avec les infirmières et les infirmières-auxiliaires.
Rappeler au personnel le respect et la collaboration attendus envers les usagers et leurs proches ainsi que l'obligation de s'identifier auprès de ceux-ci, tel qu'indiqué au Code d'éthique.	Un rappel a été fait auprès du personnel concernant le respect du Code d'éthique ainsi que l'obligation de s'identifier auprès des usagers.
Rappeler à l'ensemble du personnel l'obligation de saisir les notes au dossier électronique dans les délais prévus et en fonction des normes applicables.	Un arrimage avec le Service des archives du CISSS des Laurentides a été effectué afin de confirmer les bonnes pratiques à utiliser. Le personnel a été informé lors d'une rencontre de gestion des bonnes pratiques à utiliser pour la saisie des notes au dossier électronique, et ce, dans les délais prévus.
Nommer un intervenant au dossier du résident afin de procéder à une évaluation psychosociale, notamment dans une perspective d'ouverture de régime de protection pour l'administration de ses biens.	La nomination d'une intervenante a été effectuée à la suite de la recommandation.

Traitement des insatisfactions

1133	Nombre de plaintes conclues
435	Nombre d'interventions conclues
1080	Nombre d'assistances conclues auprès des usagers
181	Nombre de consultations conclues
142	Nombre de plaintes médicales conclues
2971	Total

Le délai moyen pour le traitement des plaintes est de 30 jours et 89 % des dossiers de plaintes ont été conclus dans un délai de 45 jours.

Principaux motifs de plaintes et d'intervention pour les installations du CISSS des Laurentides et autres missions régionales :

- Les soins et services dispensés – 30 %
- L'organisation du milieu – 24 %
- L'accessibilité – 15 %
- Les relations interpersonnelles – 14 %

Bilan des dossiers examinés en maltraitance

La *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité* (ci-après, la Loi) confie au commissaire aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité.

De plus, la Loi édicte des mesures qui visent à faciliter la dénonciation des cas d'abus ou de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés.

Elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement formulé de bonne foi.

Dans le contexte de la maltraitance, les dossiers analysés peuvent comporter plus d'un motif. Les 69 dossiers (13 plaintes, 44 interventions et 12 consultations) traités en lien avec la maltraitance ont donné lieu à l'analyse de 106 motifs répartis selon les différents types de maltraitance désignés au «Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées – 2017-2022».

Maladie à coronavirus (COVID-19)

La pandémie historique reliée à la COVID-19, combinée à la pression exercée sur le système de santé, la grande mobilisation du personnel pour répondre à l'épidémie et la réorganisation des soins et des services dans les différents milieux, a certes bouleversé les pratiques de soins, mais elle a aussi mis en lumière la grande vulnérabilité des façons de faire pour offrir des soins et services de qualité auprès des personnes hébergées, tant en CHSLD, RI et RPA que dans les milieux de vie hébergeant des usagers ayant une problématique en santé mentale, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

Considérant le type de demandes portées à notre attention, dont la majorité étaient des situations nécessitant une réponse quasi immédiate, l'ensemble des membres de l'équipe s'est mobilisé afin d'offrir une réponse diligente et prompte aux usagers ou à leurs proches, et ce, bien en deçà du délai de 45 jours établi par la LSSSS.

Recours au Protecteur du citoyen

Au total, 56 dossiers ont été transmis au PDC pour étude, soit 5 % des dossiers traités par le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services. 31 dossiers ont été conclus, dont 25 dossiers (81 %) ont fait l'objet d'un traitement qui a appuyé les conclusions de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Sept de ces 31 dossiers ont reçu, au total, 22 recommandations d'amélioration.

Exemples de recommandations et engagements formulés	Exemples concrets d'actions prises
<p>Prendre les moyens nécessaires pour améliorer les délais de prise en charge à l'aire ambulatoire, notamment en mettant en place la zone d'évaluation rapide.</p>	<p>Le directeur adjoint au programme de soins critiques et spécialisés a confirmé que l'ouverture de la zone d'évaluation rapide à l'urgence a été réalisée.</p>
<p>Rappeler, au personnel infirmier de l'unité de chirurgie et de l'urgence, l'importance d'effectuer le dépistage des risques de chute dans les 24 premières heures suivant l'arrivée d'un patient à l'urgence, de le renouveler périodiquement et à chaque changement dans sa condition.</p>	<p>Une note de service a été envoyée aux employés du secteur de la chirurgie concernant l'importance d'effectuer le dépistage de risque de chute de la clientèle à risque dans les 24 h suivant l'admission et le renouveler périodiquement lors de changement dans la condition du patient, de compléter le plan thérapeutique infirmier en temps opportun et y consigner les directives mises en place et d'appliquer rigoureusement le protocole de surveillance postopératoire sur l'unité de chirurgie.</p>
<p>Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés que les substances chimiques utilisées à titre de mesures de contrôle doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • être prescrites et utilisées dans le but d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions; • être utilisées dans un contexte de danger réel pour elle-même ou pour autrui; • n'être utilisées qu'en dernier recours, une fois que des mesures de remplacement ont été tentées et ont échoué; • faire l'objet d'une mention détaillée au dossier. 	<p>Une note de service a été transmise à l'ensemble du personnel de l'urgence afin de rappeler la procédure sur l'utilisation des substances chimiques à titre de mesures de contrôle.</p>

Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

	Mission Centre Hospitalier	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	Hôpital régional de Saint-Jérôme : 1498 Hôpital de Saint-Eustache : 690 Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil : n/a Hôpital Laurentien : 191 Centre de services de Rivière-Rouge : 64	2443
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	116
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	Hôpital régional de Saint-Jérôme : 76 Hôpital de Saint-Eustache : 9 Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil : () Hôpital Laurentien : () Centre de services de Rivière-Rouge : 10	104
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	548
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	Hôpital régional de Saint-Jérôme : 407 Hôpital de Saint-Eustache : 18 Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil : () Hôpital Laurentien : 40 Centre de services de Rivière-Rouge : 36	502

() : nombre trop petit pour en permettre la publication



L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le rapport annuel du commissariat aux plaintes et à la qualité des services, portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, est disponible sur le site Internet de l'établissement.

Une section du site Santé Laurentides est également dédié au commissariat, on y fait la présentation du processus de dépôt d'une plainte ainsi que les coordonnées pour joindre ce service. Ces informations sont disponibles dans la section « À propos de nous » du site www.santelaurentides.gouv.qc.ca

L'information et la consultation de la population

Responsable de fournir aux citoyens des renseignements concernant les soins et services offerts, le CISSS des Laurentides continue à déployer différentes actions de communication.

Le site internet du CISSS (www.santelaurentides.gouv.qc.ca) reste un outil indispensable afin d'informer la population. Le site reçoit près de 35 000 visiteurs uniques par semaine. Cette année encore, nous avons continué à améliorer chacune des sections du site mis en ligne en mai 2018.

Naturellement, avec la pandémie de COVID-19, une section entièrement dédiée à cette problématique a été rapidement mise en ligne. En constante évolution, cette section comporte des informations générales, des liens documentaires, des renseignements sur le test de dépistage ainsi qu'un espace dédié au mieux-être en temps de pandémie. Au cours du premier mois de sa mise en ligne, cette section a été visitée à 20 000 reprises. Il est également à noter qu'une version anglophone de la section COVID-19 est mise à jour régulièrement et permet à la communauté d'expression anglaise de notre territoire de recevoir l'information au même rythme que la population francophone.

L'équipe des communications est également en lien avec la population grâce à une adresse courriel accessible sur le site Internet du CISSS des Laurentides. Cette section « demande d'information générale » permet à la population de joindre le service des communications, qui se charge ensuite de répondre aux questions diverses du public. Dans la dernière année, le service des communications a répondu à près de 500 questions transmises par la population.

Toujours dans le but d'informer efficacement la population sur les services offerts, mais aussi pour soutenir les activités de ses équipes de santé publique et de promotion de la santé et des saines habitudes de vie, le CISSS des Laurentides diffuse non seulement de l'information par le biais de son portail, mais utilise également les médias sociaux :

- Nous avons 7465 abonnés à notre page Facebook. Naturellement, depuis mars 2020, nous utilisons cette plateforme de façon soutenue afin d'informer la population des Laurentides des consignes sanitaires à respecter dans le cadre de la pandémie.
- Nous avons 7662 abonnés à la page LinkedIn. Cette année, nos plateformes Facebook et LinkedIn ont été utilisées dans le cadre de la campagne « Faites la différence » visant à positionner le CISSS des Laurentides comme un employeur de choix. Divers

messages mettant en valeur l'impact du travail de nos employés ont été publiés afin de favoriser le recrutement de la main-d'œuvre tout en reconnaissant le travail de notre personnel.

- Nous avons un compte YouTube qui nous sert présentement à rejoindre non seulement nos intervenants, afin de diffuser de la formation pour plusieurs titres d'emploi, mais également les usagers de plusieurs services qui, depuis la pandémie, reçoivent maintenant certaines informations sous forme de vidéos.
- Depuis avril 2019, nous avons également un compte Twitter, comptant 213 abonnés.

Finalement, l'organisation a été particulièrement active auprès des médias depuis le début de l'urgence sanitaire afin de renseigner la population sur les actions et services déployés afin de faire face à la COVID-19. Durant les quatre premiers mois de la pandémie, l'établissement a répondu à environ 600 demandes de la part des médias, ce qui représente environ quatre fois plus de demande que pour la même période l'année précédente.

Participation des usagers

La population des Laurentides est également invitée à assister aux séances du conseil d'administration. Le public est invité, par le biais d'avis publics publiés 15 jours avant la rencontre, à venir poser ses questions lors de ces rencontres.

En raison de la pandémie de COVID-19, la dernière séance du conseil d'administration a été webdiffusée par le réseau social Facebook Live. Le public était invité à poser leur question avant le début de la rencontre sur le site Internet du CISSS des Laurentides.

Nous travaillons également à ce que les usagers soient membres actifs des équipes de soins et de services en contribuant à différents comités de travail et d'amélioration continue. Dans la dernière année, plusieurs usagers partenaires ont participé à des activités portant sur l'amélioration des parcours de soins, la révision de processus cliniques et l'amélioration de la documentation remise aux usagers.

Pour tout renseignement, la population peut consulter le site Internet de l'établissement (Santelaurentides.gouv.qc.ca), téléphoner ou se rendre dans l'une des installations du CISSS des Laurentides.



L'application de la politique
portant sur les soins de fin de vie



L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Les travaux d'implantation et d'application des différents volets de la Loi sur les soins de fin de vie se sont poursuivis au courant de la l'année 2019-2020, notamment la consolidation ou la révision de certains processus et l'initiation de nouveaux projets pour répondre davantage aux besoins des usagers en fin de vie et leurs proches. Voici un résumé ces activités :

- Amorçage de la mise en place de la structure de gouvernance des soins palliatifs pour développer un continuum de soins et services en soins palliatifs et répondre aux priorités ministérielles;
- Application du processus d'agrément et révision des ententes de service des maisons de soins palliatifs;
- Poursuite de la formation générale en soins de fin de vie des intervenants de l'équipe interdisciplinaire des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées et Santé physique générale et spécialisée (volet 2) : 263 intervenants formés;
- Révision et refonte du format de mentorat en soins de fin de vie des infirmières afin d'augmenter la diffusion de la formation spécifique (volet 3);
- Formation en soins de fin de vie de 337 préposés aux bénéficiaires et auxiliaires aux services de santé et sociaux avec le nouveau format de mentorat;
- Formation en soins de fin de vie de 52 infirmières auxiliaires avec le nouveau format de mentorat;
- Poursuite de la diffusion du nouveau format de mentorat autorisé par le MSSS aux CISSS et CIUSSS intéressés;
- Ajustement des cibles à atteindre au plan de développement des compétences en soins palliatifs et fin de vie en fonction de la pertinence pour les milieux de soins;
- Rédaction d'un protocole de surveillance de la sédation palliative;
- Recrutement de nouveaux répondants locaux pour le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) et recrutement de nouveaux membres;
- Formation pour les répondants locaux;
- Accompagnement par le GIS des équipes de soins et services (centres hospitaliers, soins à domicile, centres d'hébergement) pour le traitement de 200 demandes d'aide médicale à mourir;
- Participation à la création d'un formulaire régional unique de niveau de soins (NIM);
- Création d'un comité de travail sur la gestion de la médication LSPFV en communauté;
- Création d'un formulaire unique pour les demandes d'admission en maisons de soins palliatifs;
- Rencontre avec la PDG et la Commission des soins de fin de vie. Reconnaissance et satisfaction de la structure et du fonctionnement du groupe interdisciplinaire du CISSS des Laurentides;
- Formation d'une gouvernance LSPFV et création de trois comités de coordination, de gestion et locaux (bassins sud, centre et nord);
- Création d'un poste de coordonnateur régional des services de fin de vie.

**Synthèse des rapports du président-directeur général
au conseil d'administration de l'établissement
et à la Commission sur les soins de fin de vie (Loi 2, Chapitre III, art. 8)
Période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020**

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	3669
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	58
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	200
	Nombre d'aide médicale à mourir administrées	131
	Nombre d'aides médicale à mourir non administrées et les motifs <ul style="list-style-type: none"> • Ne répond pas aux critères d'admissibilité : 10 • Retrait de la demande / opte pour un autre soin : 19 • Perte d'appétitude à consentir avant l'administration : 8 • Décès avant la fin du processus : 27 • Traitement non terminé : 5 	69



Les ressources humaines

- Les ressources humaines de l'établissement
- La gestion et le contrôle des effectifs

Les ressources humaines de l'établissement

Répartition de l'effectif par catégorie de personnel CISSS des Laurentides

	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	4 168	3 340
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	4 248	3 228
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 796	1 599
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	3 090	2 518
5 - Personnel non visé par la loi 30	77	59
6 - Personnel d'encadrement	383	378
Total	13 762	11 122

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

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

La gestion et le contrôle des effectifs

La gestion et le contrôle des effectifs

Dans le cadre du suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) transmet à l'établissement le niveau annuel des heures rémunérées à respecter.

Pour la dernière année, on constate une augmentation des heures travaillées qui représente un écart de 141 936 soit 0.6 % par rapport à la cible fixée par le MSSS. Cet écart se remarque pour toutes les sous-catégories d'emploi sauf pour le personnel d'encadrement.

En plus des développements que connaît notre organisation, l'augmentation du nombre d'heures s'explique aussi par le nombre important d'absences en assurance salaire et de CNESST. À cet égard, l'établissement a entrepris de grands projets favorisant la présence au travail tel que: la révision des structures et leur composition via un processus d'autosuffisance, de formation des gestionnaires sur la gestion de la présence au travail et finalement du positionnement clair de l'organisation d'adopter des mesures de conciliation travail – famille. Une approche adaptée pour les retours au travail est aussi en déploiement.

Enfin, nous poursuivons la réalisation du plan d'action visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023.

11045283 - CISSS des Laurentides	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars		
	2019-03-31 au 2020-03-28		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	677 050	10 659	687 709
2 - Personnel professionnel	3 160 480	23 944	3 184 424
3 - Personnel infirmier	6 064 155	342 589	6 406 744
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	9 543 893	298 907	9 842 800
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 804 477	27 179	1 831 656
6 - Étudiants et stagiaires	47 329	145	47 474
Total 2019-2020	21 297 384	703 424	22 000 807
Total 2018-2019			21 007 396

Cible 2019-2020	21 858 871
Écart	141 936
Écart en %	0.6%



Les ressources financières

- Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
- L'équilibre budgétaire
- Les contrats de service

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Répartition des charges brutes par programmes

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	19 676 607 \$	1,59%	22 715 143 \$	1,66%	3 038 536 \$	15,44%
Services généraux-Activités cliniques et d'aide	53 526 802 \$	4,34%	58 077 762 \$	4,25%	4 550 960 \$	8,50%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	225 444 878 \$	18,26%	258 755 387 \$	18,93%	33 310 509 \$	14,78%
Déficiência physique	44 957 154 \$	3,64%	49 278 679 \$	3,61%	4 321 525 \$	9,61%
Déficiência intellectuelle et TSA	66 213 363 \$	5,36%	71 002 020 \$	5,19%	4 788 657 \$	7,23%
Jeunes en difficultés	100 045 011 \$	8,10%	114 130 171 \$	8,35%	14 085 160 \$	14,08%
Dépendances	5 659 377 \$	0,46%	6 854 995 \$	0,50%	1 195 618 \$	21,13%
Santé mentale	78 095 191 \$	6,33%	82 054 414 \$	6,00%	3 959 223 \$	5,07%
Santé physique	404 338 149 \$	32,75%	443 753 256 \$	32,47%	39 415 107 \$	9,75%
Optilab	11 653 126 \$	0,94%	13 654 391 \$	1,00%	2 001 265 \$	17,17%
Programmes soutien						
Administration	57 773 672 \$	4,68%	65 305 466 \$	4,78%	7 531 794 \$	13,04%
DRILL (informatique)	3 776 848 \$	0,31%	5 234 796 \$	0,38%	1 457 948 \$	38,60%
Soutien aux services	87 052 127 \$	7,05%	93 538 676 \$	6,84%	6 486 549 \$	7,45%
Gestion des bâtiments et des équipements	76 231 478 \$	6,18%	82 405 343 \$	6,03%	6 173 865 \$	8,10%
Total des charges brutes	1 234 443 783 \$	100,00%	1 366 760 499 \$	100,00%	132 316 716 \$	10,72%

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport annuel AS-471, publié sur notre site internet à l'adresse www.santelaurentides.gouv.qc.ca

L'équilibre budgétaire

Pour l'exercice financier terminé de 31 mars 2020, le CISSS des Laurentides présente un surplus de 449 417 \$ constitué de :

Fonds d'exploitation	(1 220 211) \$
Fonds d'immobilisations	1 669 628 \$

L'établissement a respecté l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire.

Les contrats de service

Contrats de services comportant une dépense de 25 000\$ et plus conclus entre 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Vous trouverez ci-dessous l'état de l'application des dispositions relatives aux contrats de service, tel que prescrit par la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs pour l'année 2019-2020. Les contrats de service inclus dans cette reddition sont ceux qui ont fait l'objet d'une autorisation du dirigeant du CISSS des Laurentides.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	6	299 267,15\$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	18	1 199 407,55\$
Total des contrats de services	24	1 498 674,70\$

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

² Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.



L'état du suivi des réserves,
commentaires et observations
émis par l'auditeur indépendant

L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Année 2019-2020	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020			
			R 5	PR 6	NR 7	
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Les établissements du CISSS des Laurentides doivent compiler l'unité de mesure « usagers distincts ». Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2015-16		Les systèmes sources n'étant pas encore fusionnés la remarque demeure			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Paiements de transferts devant être versés par le MSSS à l'établissement relatifs à des immobilisations acquises au 31 mars, non comptabilisés à l'état des résultats et à l'état de la situation financière	2013-14	R	Aucune réserve ne sera exprimée considérant les divergences d'opinion entre les différentes instances gouvernementales et les cabinets comptables			X
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées » du <i>Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public</i> , il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2011-12	R	Aucune mesure n'a été prise, nous sommes en attente du MSSS			X



La divulgation des actes répréhensibles

Nous vous confirmons par la présente qu'aucun acte répréhensible n'a été porté à notre attention pour la période donnée, soit du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020.



Les organismes communautaires

Les organismes communautaires

Notre établissement a le mandat d'assurer le suivi de la gestion des subventions allouées dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Il veille à ce que les organismes répondent aux critères du programme édictés par le MSSS et par le cadre de référence régional. Le CISSS reconnaît formellement la contribution essentielle et originale des organismes communautaires à la santé et au bien-être de nos communautés. Cette année, ce sont 164 organismes communautaires qui ont été financés par l'un des trois modes de financement du PSOC.

Le CISSS exige une reddition de comptes annuelle qui comprend, entre autres, le rapport financier et le rapport d'activités. Advenant le non-respect des critères énoncés par le PSOC, le CISSS effectue une vérification auprès de l'organisme afin d'assurer une saine gestion des fonds publics. Le cas échéant, cette vérification pourrait aboutir à des recommandations adressées à l'organisme, à une enquête ou à des sanctions administratives. Les organismes ont la responsabilité de faire la démonstration du respect des règles et normes liées à leur mode de financement dans leur reddition de compte annuelle.

En 2019-2020, le CISSS s'est vu octroyer de la part du MSSS un budget de rehaussement de 1 660 100 \$ pour la consolidation d'organismes déjà financés et le financement de nouveaux organismes communautaires qui étaient en attente d'une première subvention.



Subventions versées aux organismes communautaires

Année financière 2019-2020

	Versement total 2018-2019	Versement total 2019-2020
Catégorie A - ALCOOLISME / TOXICOMANIE ET AUTRES DÉPENDANCES		
Groupe JAD	79 531 \$	98 001 \$
Unité-Toxi des Trois-Vallées (L)	24 501 \$	24 942 \$
Maison Lyse-Beauchamp (Ressource d'hébergement communautaire)	221 491 \$	274 643 \$
Regroupement en toxicomanie Prisme	157 007 \$	159 833 \$
Sablier	86 725 \$	43 753 \$
Tangage des Laurentides	95 222 \$	122 872 \$
Unité Domrémy de Ste-Thérèse inc.	169 726 \$	182 929 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie A	834 203 \$	906 973 \$
Catégorie B - CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ, FAMILLE		
6e jour inc. (Centre Marie-Eve)	202 738 \$	227 437 \$
Centre de la famille des Hautes-Laurentides	13 208 \$	13 446 \$
Grands-Parents Tendresse	75 697 \$	94 767 \$
Maison de la famille de Ste-Anne-des-Plaines	1 113 \$	2 268 \$
Maison de la famille des Pays-d'en-Haut (La)	1 113 \$	1 133 \$
Maison de la famille du Nord (La)	1 113 \$	6 983 \$
Petite Maison de Pointe-Calumet (La)	1 113 \$	1 133 \$
Maison Parenfant des Basses-Laurentides inc.	1 113 \$	1 133 \$
Maison Pause Parent	7 300 \$	8 433 \$
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	175 126 \$	186 739 \$
Nourri-Source - Laurentides	84 705 \$	132 875 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie B	564 339 \$	676 347 \$
Catégorie C - DÉFICIENCE PHYSIQUE		
Association de la fibromyalgie des Laurentides	175 486 \$	205 571 \$
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	26 094 \$	26 564 \$
Association des personnes avec problèmes auditifs des Laurentides	294 937 \$	332 993 \$
Association des personnes handicapées Clair Soleil	81 334 \$	82 798 \$
Association des personnes handicapées de la Rivière du Chêne	24 990 \$	25 440 \$
Centre d'aide personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques Laurentides	289 500 \$	333 407 \$
Dysphasie Laurentides	166 342 \$	199 263 \$
Groupe relève pour personnes aphasiques/AVC Laurentides G.R.P.A.A.L.	216 901 \$	240 241 \$
Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides (LA)	61 416 \$	62 521 \$
Regroupement des handicapés visuels des Laurentides (RHVL)	162 773 \$	40 693 \$
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier (Le Prisme)	52 297 \$	53 238 \$
Service Régional d'Interprétariat de Lanaudière (SRIL)	139 618 \$	142 131 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques Section Laurentides	58 624 \$	59 679 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie C	1 750 312 \$	1 804 539 \$
Catégorie D - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE		
Acco-Loisirs inc.	142 892 \$	177 167 \$
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	47 903 \$	56 823 \$
Association des personnes handicapées Clair Soleil	106 423 \$	120 339 \$
Association des personnes handicapées intellectuelles des Laurentides (APHIL)	162 748 \$	185 396 \$
Atelier Altitude inc.	186 077 \$	196 720 \$
Libellule, pers.vivant avec une déf. intel. et spectre de l'autisme adulte et leurs proches	356 983 \$	362 059 \$
Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides (LA)	121 082 \$	191 039 \$
Papillons de Nominique inc. (Les)	128 806 \$	146 747 \$
Parrainage civique Basses-Laurentides	70 986 \$	95 071 \$
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier (Le Prisme)	78 648 \$	82 819 \$
Société de l'autisme S.A.R. Laurentides	236 548 \$	268 056 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie D	1 639 096 \$	1 882 236 \$

	Versement total 2018-2019	Versement total 2019-2020
Catégorie G - SANTÉ MENTALE		
Alternatives Laurentides	8 200 \$	8 348 \$
Association Laurentienne des proches de la personne atteinte de maladie mentale inc.	275 219 \$	308 704 \$
Association Panda Thérèse-De Blainville et des Laurentides	175 540 \$	200 357 \$
Atelier Ensemble on se tient	257 695 \$	262 334 \$
C.E.S.A.M.E. Centre pour l'enfance en santé mentale Deux-Montagnes	179 727 \$	195 364 \$
Centre aux sources d'Argenteuil	209 043 \$	213 828 \$
Centre prévention suicide le Faubourg	607 443 \$	618 044 \$
Collectif des Laurentides en santé mentale	58 418 \$	96 126 \$
Droits et recours Laurentides	240 081 \$	246 298 \$
Groupe La Licorne MRC Thérèse-De Blainville	268 662 \$	273 498 \$
Arc-en-Soi, centre de prévention et d'intervention en santé mentale (L)	234 482 \$	238 703 \$
Groupe Harfang des Neiges des Laurentides (Le)	296 495 \$	301 832 \$
Échelon des Pays d'en Haut inc. (L)	186 961 \$	197 466 \$
Hébergement Fleur de Macacam	41 016 \$	60 443 \$
L'Envolée, ressource alternative en santé mentale	171 106 \$	186 561 \$
Maison Clothilde	175 283 \$	187 616 \$
Panda Basses-Laurentides sud-ouest	168 654 \$	182 026 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie G	3 554 025 \$	3 777 548 \$
Catégorie H - CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE (CAB)		
Centre d'action bénévole d'Argenteuil	47 193 \$	48 042 \$
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc	64 458 \$	58 187 \$
Centre d'action bénévole Saint-Jérôme inc.	48 878 \$	49 758 \$
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut inc.	258 889 \$	268 549 \$
Action bénévole de la Rouge (L)	42 194 \$	42 953 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie H	461 612 \$	467 489 \$
Catégorie J - PERSONNES AGÉES		
Atelier des Aînés de la M.R.C. Rivière-du-Nord	37 041 \$	37 708 \$
L'Antr'aidant	52 461 \$	91 807 \$
Maison Aloïs Alzheimer des Laurentides	229 300 \$	238 427 \$
Mouvement Entraide de Bellefeuille (M.E.B.)	124 588 \$	127 831 \$
Prévoyance envers les aînés des Laurentides inc.	55 122 \$	88 003 \$
Vigil-Ange	-	39 500 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie J	498 512 \$	623 276 \$
Catégorie L - PERSONNES DÉMUNIES		
Amie du quartier	130 331 \$	143 328 \$
Café communautaire I Entre-gens de Ste-Adèle, Comté Rousseau	121 643 \$	133 206 \$
Café coup de cœur	35 000 \$	55 514 \$
Café Partage d'Argenteuil	51 140 \$	74 056 \$
Centre communautaire de Ferme-Neuve	48 157 \$	83 880 \$
Centre de la Famille du Grand Saint-Jérôme	175 980 \$	188 205 \$
Centre d'entraide Argenteuil	203 231 \$	207 359 \$
Centre d'entraide Racine-Lavoie	189 210 \$	202 137 \$
Centre d'entraide Thérèse-De Blainville inc.	119 489 \$	135 613 \$
Comité d'aide alimentaire des Patriotes	50 084 \$	48 774 \$
Comptoir d'entraide de Labelle	23 230 \$	23 648 \$
Garde-Manger des Pays-d'en-Haut/Partage Amitié	80 276 \$	91 949 \$
Maison d'entraide de Prévost (La)	18 600 \$	18 600 \$
Rencontre de Ste-Marguerite du Lac Masson (La)	68 374 \$	91 327 \$
Ecluse des Laurentides (L)	241 564 \$	271 273 \$
Manne du jour	91 454 \$	112 528 \$
Moisson Laurentides	172 986 \$	165 434 \$
Montagne d'Espoir (La)	45 108 \$	59 021 \$
Ressources communautaires Sophie	46 712 \$	69 231 \$
Resto Pop Thérèse-De Blainville	54 617 \$	85 846 \$
Les Serres de Clara	35 000 \$	65 443 \$
Services d'entraide Le Relais	54 608 \$	72 034 \$
Soupe et Compagnie des Pays-d'en-Haut	67 052 \$	85 150 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie L	2 123 846 \$	2 483 556 \$

Subventions versées aux organismes communautaires

Année financière 2019-2020

	Versement total 2018-2019	Versement total 2019-2020
Catégorie N - ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT ET CENTRES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE		
4 Korner's Family Resource Center / Centre de ressources familiales 4 Korner's	70 916 \$	112 115 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie N	70 916 \$	112 115 \$
Catégorie O - VIH - SIDA		
Centre Sida Amitié	280 398 \$	313 106 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie O	280 398 \$	313 106 \$
Catégorie Q - CONCERTATION ET CONSULTATION GÉNÉRALE		
Regroupement des organismes communautaires des Laurentides	224 220 \$	253 016 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie Q	224 220 \$	253 016 \$
Catégorie R - MAINTIEN À DOMICILE		
Action bénévole de la Rouge (L)	144 675 \$	152 279 \$
Association des Abeilles actives de Notre-Dame-du-Laus	19 755 \$	19 540 \$
Association Régionale de Loisirs pour Personnes Handicapées des Laurentides (ARLP)	180 000 \$	180 000 \$
Centre d'action bénévole d'Argenteuil	276 980 \$	281 966 \$
Centre d'action bénévole Laurentides	275 354 \$	292 010 \$
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc	201 092 \$	212 143 \$
Centre d'action bénévole les artisans de l'aide	321 417 \$	327 937 \$
Centre d'action bénévole Saint-Jérôme inc.	262 504 \$	267 229 \$
Centre d'action bénévole Solange-Beauchamp inc.	323 766 \$	329 594 \$
Centre d'aide et de références de Sainte-Anne-des-Plaines	121 764 \$	123 956 \$
Comité de bénévolat de Sainte-Anne-du-Lac	19 816 \$	20 173 \$
Comité de bénévolat pour s'entraider de Ferme-Neuve	20 111 \$	20 473 \$
Joyeux aînés macaziens (Les)	19 377 \$	19 726 \$
Société Alzheimer des Laurentides (La)	403 699 \$	415 966 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie R	2 590 310 \$	2 662 992 \$
Catégorie S - MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES OU EN DIFFICULTÉ		
Citad'Elle de Lachute (La)	765 598 \$	779 379 \$
Maison d Ariane (La)	782 770 \$	796 860 \$
Ombre-Elle, Maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale	769 436 \$	788 286 \$
Maison d Accueil Le Mitan inc.	771 178 \$	789 592 \$
Passe-R-Elle des Hautes-Laurentides	745 478 \$	758 897 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie S	3 834 460 \$	3 913 014 \$
Catégorie T - CENTRES DE FEMMES		
Centre de femmes Liber'Elles	60 202 \$	92 356 \$
Centre Rayons de femmes Thérèse-De Blainville	206 945 \$	215 670 \$
Colombe (La)	213 058 \$	219 871 \$
La Mouvance, Centre de femmes	211 945 \$	215 760 \$
Carrefour des femmes du Grand Lachute (Le)	235 008 \$	239 239 \$
Centre de femmes Les Unes et les Autres inc. (Le)	211 945 \$	215 760 \$
Signée femmes - Le centre de femmes	219 001 \$	224 527 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie T	1 358 104 \$	1 423 183 \$
Catégorie V - CENTRE D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Laurentides (CALACS)	481 583 \$	490 251 \$
Elan, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (L)	306 394 \$	311 909 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie V	787 977 \$	802 160 \$
Catégorie W - AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL		
Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles (Parents-Unis Laurentides)	336 401 \$	366 556 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie W	336 401 \$	366 556 \$
Catégorie X - AUTRES RESSOURCES POUR HOMMES		
A.C.C.R.O.C. Accueil collectif des conjoints en relation opprimante et colérique	320 628 \$	359 634 \$
Paix programme d'aide et d'intervention inc.	243 068 \$	271 543 \$
SOUS-TOTAL - Catégories X	563 696 \$	631 177 \$
Catégorie Z - ORGANISMES DE JUSTICE ALTERNATIVE		
Mesures alternatives des Basses-Laurentides	468 187 \$	476 614 \$
Mesures alternatives des Vallées du Nord	492 475 \$	490 000 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie Z	960 662 \$	966 614 \$

	Versement total 2018-2019	Versement total 2019-2020
Catégorie 1 - MAISONS DE JEUNES		
Association des maisons de jeunes de Mirabel	126 732 \$	134 013 \$
Carrefour Jeunesse Desjardins	120 254 \$	131 258 \$
Maison des jeunes de Blainville inc. (La)	118 601 \$	134 864 \$
Maison des jeunes de Grenville et agglomération (La)	106 427 \$	108 343 \$
Maison des jeunes de Labelle (La)	112 427 \$	124 656 \$
Maison des jeunes de Pointe-Calumet inc. (La)	106 427 \$	53 214 \$
Maison des jeunes de Sainte-Agathe (La)	114 988 \$	126 816 \$
Maison des jeunes d'Oka (La)	108 265 \$	52 050 \$
Avenue 12-17 (L)	110 232 \$	122 805 \$
Maison de jeunes de Brownsburg-Chatham	112 427 \$	124 656 \$
Maison des jeunes de Deux-Montagnes	120 579 \$	122 749 \$
Maison des jeunes de la Minerve	72 870 \$	91 294 \$
Maison des jeunes de la Vallée de la Rouge inc.	133 343 \$	142 297 \$
Maison des jeunes de Mont-Laurier	136 746 \$	139 207 \$
Maison des jeunes de St-Eustache inc.	131 433 \$	140 686 \$
Maison des jeunes de St-Jovite	124 288 \$	134 660 \$
Maison des jeunes des Basses Laurentides inc.	163 695 \$	161 928 \$
Maison des jeunes Rivière du Nord	125 933 \$	136 048 \$
Maison des jeunes de Sainte-Adèle	121 482 \$	137 294 \$
Maison des jeunes de Ste-Anne-des-Plaines inc.	114 128 \$	116 183 \$
Maison des Jeunes Loco Local	38 420 \$	64 353 \$
Maison de Jeunes la Sensass Ion	-	35 000 \$
Maison des jeunes St-Sauveur - Piedmont inc.	62 308 \$	75 500 \$
Maison des jeunes Sodarrid de Boisbriand Inc.	117 134 \$	119 242 \$
Univers Jeunesse Argenteuil	164 297 \$	167 255 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 1	2 763 436 \$	2 896 371 \$
Catégorie 2 - AUTRES RESSOURCES JEUNESSE		
Appartements supervisés Le Transit	31 321 \$	31 885 \$
Centre ressource jeunesse N.D.L.	61 321 \$	72 696 \$
Escouade pour l'enfance (Espace Laurentides)	170 208 \$	206 845 \$
Antre Jeunes (L)	175 924 \$	190 157 \$
Grands Frères Grandes Soeurs de la Porte du Nord	87 541 \$	104 757 \$
Parrainage civique Basses-Laurentides	42 159 \$	42 918 \$
S.O.S. Jeunesse	286 581 \$	291 739 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 2	855 055 \$	940 997 \$
Catégorie 4 - CANCER		
Albatros Mont-Laurier (MRC Antoine-Labelle)	18 134 \$	17 950 \$
Pallia-Vie (service des soins palliatifs à domicile)	186 616 \$	214 929 \$
Palliaccio	52 762 \$	76 615 \$
SERCAN	102 930 \$	110 000 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 4	360 442 \$	419 494 \$
Catégorie 5 - SANTÉ PUBLIQUE		
Centre regain de vie inc. (Le)	14 390 \$	14 390 \$
Maison de la famille de Bois-des-Filion (La)	14 390 \$	14 390 \$
Maison de la famille de Mirabel	3 700 \$	3 700 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 5	32 480 \$	32 480 \$
Catégorie 6 - MAISONS D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE JEUNESSE		
Accueil communautaire jeunesse Le Labyrinthe	326 507 \$	324 025 \$
Maison d hébergement Le Préfixe des Basses-Laurentides inc. (LA)	362 885 \$	381 129 \$
La Maison d'hébergement Le Petit Patro des Basses Laurentides	398 804 \$	428 075 \$
Maison d hébergement Accueil communautaire jeunesse des Basses-Laurentides inc.	389 660 \$	415 363 \$
Maison d hébergement jeunesse La Parenthèse	390 590 \$	400 912 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 6	1 868 446 \$	1 949 504 \$
Total - PSOC	28 312 948 \$	30 304 743 \$



Les fondations

Les fondations

Les 15 fondations associées au CISSS des Laurentides travaillent à mobiliser les citoyens et le milieu des affaires en poursuivant un objectif commun : offrir à la population du territoire des services de santé et sociaux de proximité de qualité égale, voire supérieure à ce que l'on retrouve dans les grands centres. À cet égard, nos fondations bonifient, jour après jour, ce que le réseau est en mesure d'offrir.



FONDATIONS
du CISSS des Laurentides



Fondation du CLSC Jean-Olivier-Chénier

La Fondation a pour objectif principal de collaborer au mieux-être de la population du territoire desservi par le CLSC Jean-Olivier-Chénier. Elle sollicite et administre les dons, legs ou autres contributions qu'elle reçoit afin qu'ils servent au maintien et à l'amélioration de la santé des personnes dans le besoin.



Fondation André-Boudreau

La Fondation promeut, diffuse et soutient tout projet ou initiative susceptible d'apporter une valeur ajoutée aux programmes de prévention et de traitement offerts par les organisations de santé et de services sociaux aux jeunes ayant des problèmes liés à l'alcool, aux drogues, aux médicaments pris sans ordonnance, au jeu ainsi qu'à la cyberdépendance.



Fondation Soleil du Centre d'Accueil St-Benoît

La Fondation amasse des fonds pour offrir une meilleure qualité de vie aux résidents du Centre d'hébergement de Saint-Benoît et améliore ainsi leur quotidien, tout en procurant de meilleures conditions de pratique professionnelle aux intervenants.



Fondation Florès

La Fondation s'emploie à soutenir les personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique ainsi que leurs proches dans leurs démarches d'intégration et de participation sociales.



Fondation du Manoir Saint-Eustache

La Fondation fait la promotion et appuie toutes les actions visant les objectifs de prévention, d'aide et de soutien aux personnes âgées ou en perte d'autonomie. Les activités de financement servent principalement pour les résidents du Centre d'hébergement de Saint-Eustache (ex. : zoothérapie, musique, activités sociales) et pour les usagers du Centre de jour.



Fondation des CHSLD Drapeau Deschambault Maisonneuve

La Fondation offre, aux résidents des CHSLD Drapeau-Deschambault, Hubert-Maisonneuve et Blainville, des services spécialisés de stimulation cognitive tel que de la zoothérapie et de la musicothérapie, ainsi que du soutien à l'amélioration des milieux de vie et à l'acquisition d'équipements spécialisés.



Fondation de la Résidence Espace de Vie

La Fondation apporte une aide directe aux résidents de cette ressource, handicapés intellectuels, afin d'améliorer leur mieux-être et d'assurer le respect de leur dignité. Elle offre des activités et des équipements de loisir et thérapeutiques qui ne sont pas fournis par le CISSS des Laurentides. Elle organise également des activités d'intégration dans la communauté.



Fondation du Centre Jeunesse des Laurentides

La Fondation soutient les jeunes et leur famille aux prises avec de grandes difficultés personnelles, familiales ou sociales. Ses programmes encouragent le développement global des enfants et des jeunes desservis par le CISSS des Laurentides et suivi en protection de la jeunesse.



Fondation de l'Hôpital d'Argenteuil

La Fondation soutient le Centre multiservices de santé et de services sociaux (CMSSS) d'Argenteuil dans ses projets, en organisant différentes campagnes de financement visant à améliorer l'offre de service du CMSSS.



Fondation Hôpital Saint-Eustache

La Fondation est un partenaire de premier plan dans la réalisation de la mission de l'Hôpital de Saint-Eustache auprès de la population. Elle soutient l'hôpital en permettant l'acquisition d'équipements de haute technologie n'étant pas financés par le MSSS. Elle facilite ainsi la prestation de soins hospitaliers de première qualité dans notre région.



Fondation médicale des Laurentides et des Pays-d'en-Haut

La Fondation médicale des Laurentides et des Pays-d'en-Haut dessert 32 municipalités qui compte plus de 85 000 résidents. Les établissements de santé soutenus sont l'Hôpital Laurentien de Sainte-Agathe-des-Monts, 7 CLSC, 6 CHSLD, 5 Coop santé, 3 centres de prélèvement, 5 Groupe de médecine familiale (GMF) et le Centre médical des Pays-d'en-Haut.



Fondation CHDL-CRHV

La Fondation du Centre hospitalier des Laurentides et Centre de réadaptation des Hautes-Vallées promeut des services de santé de qualité, soutient le développement technologique du Centre de services de Rivière-Rouge et améliore la qualité de vie des usagers. Elle fournit aux intervenants de cette installation du CISSS les outils nécessaires pour offrir à la population de meilleurs soins médicaux et des services de santé adéquats.



Fondation du Centre hospitalier de Mont-Laurier

La Fondation amasse des fonds afin de doter le centre hospitalier et les autres installations du territoire d'équipements spécialisés, permettant ainsi d'élargir l'offre de services médicaux, tout en facilitant le recrutement et la rétention des médecins dans la région.



Fondation de la Résidence Lachute


La Fondation amasse des fonds pour offrir une meilleure qualité de vie aux résidents et aux résidentes de la Résidence Lachute, un centre d'hébergement accueillant les aînés de la communauté anglophone des Laurentides.



Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme

Par son désir de soutenir la diversité des clientèles desservie par le centre hospitalier régional ainsi que ses points de services du grand Saint-Jérôme, la Fondation Hôpital régional Saint-Jérôme s'est donné comme mission de soutenir le développement. Le développement se traduit par une variété de sphères passant du soutien au confort patient, le mieux-être des résidents en CHSLD, la mise sur pied de programmes divers dont la santé mentale ainsi que l'achat d'équipements médicaux. Puisque le rôle de l'Hôpital régional est celui de desservir l'ensemble des Laurentides, la Fondation est à même de contribuer à la santé de tous les Laurentiens.

Annexes



Le code d'éthique et de déontologie
des administrateurs

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CISSS DES LAURENTIDES

Adopté par le conseil d'administration le 3 février 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	7
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	11
Section 4 — APPLICATION.....	13
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	18
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	19
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	20
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	21
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	22
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	23
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	24

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent 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.

LMRSS : *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, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) 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 assure la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

- a) un état des faits reprochés;
- b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
- c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
- d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du - _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu
_____	_____	_____
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du _____ due aux faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres mouuées],
membre du conseil d'administration du _____, déclare les
éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou
entreprise commerciale.

Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionariat d'une
entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les
personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer
les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une
entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme
membre du _____.

J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise
ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat
comme membre du _____. [nommer les personnes
morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le
justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de
déontologie des administrateurs du _____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs
du _____ à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

<p>Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du _____, déclare les éléments suivants :</p>		
1. Intérêts pécuniaires		
<input type="checkbox"/>	€	Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
<input type="checkbox"/>	€	Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur		
<input type="checkbox"/>	€	Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.
<input type="checkbox"/>	€	J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____ . [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi		
<p>« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.</p> <p>Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).</p>		
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.		

Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu



**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides**

Québec 