

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Rapport annuel de gestion



20 | 18
19



Rapport annuel de gestion 2018-2019

Rapport annuel de gestion 2018-2019 adopté par le conseil d'administration à la séance du 12 juin 2019.

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, 2019

ISBN : 978-2-550-84043-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-84044-2 (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, 2019





Président du conseil
d'administration

André Poirier



Président-directeur
général

Jean-François Foisy

Le message des autorités

En 2018-2019, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides a poursuivi sur sa lancée amorcée il y a quatre ans déjà. De nombreux projets de développement se sont concrétisés et d'autres sont en voie de l'être. Le présent rapport annuel de gestion met en lumière le travail colossal accompli par l'ensemble des acteurs de l'organisation dont l'objectif demeure le même, soit d'assurer des soins et services de qualité, accessibles et sécuritaires à la population des Laurentides.

Durant la dernière année, de nombreux chantiers ont vu le jour, principalement dans le secteur de la santé mentale et du soutien à l'autonomie des personnes âgées. Des budgets de développement importants ont, par conséquent, permis d'amorcer la construction d'unités d'hospitalisation brève et d'unités de soins de courte durée en santé mentale.

Par ailleurs, plusieurs millions de dollars ont été investis pour de nouvelles places en CHSLD et en ressources intermédiaires pour les aînés en perte d'autonomie.

Attendu depuis longtemps, le CHSLD de Saint-Jérôme a ouvert ses portes, regroupant sous un même toit les résidents et le personnel des CHSLD Youville et Lucien-G. Rolland dans un environnement adapté favorisant leur bien-être et leur sécurité.

L'offre de service du soutien à domicile a également été rehaussée par l'octroi d'un budget de 6,64 M\$ donnant lieu à une augmentation du nombre d'heures de service octroyées à notre clientèle.

En regard des développements immobiliers, nous avons reçu l'autorisation d'inscrire le projet d'agrandissement et de réaménagement de l'Hôpital de Saint-Eustache au Plan québécois des infrastructures à titre de projet à l'étude, ce qui s'avère une étape excessivement importante!

Toutes ces bonnes nouvelles nous réjouissent. Nous demeurons néanmoins conscients des défis avec lesquels notre grande organisation doit composer. Dans cet ordre d'idées et pour faire suite aux résultats du sondage sur la mobilisation de notre personnel, le plan d'action Branchés santé a été lancé. Identifiant des pistes d'action concrètes ayant pour objectif de favoriser la mobilisation, la santé et le mieux-être au travail de nos employés, le plan propose des actions dans les quatre sphères de la démarche Branchés santé : pratiques de gestion, conciliation travail et vie personnelle, environnement de travail et habitudes de vie.

De plus, dans une volonté d'assurer une communication organisationnelle efficace, nous avons réalisé une consultation auprès des médecins et auprès du personnel n'ayant pas accès à un ordinateur, dans le but d'émettre des pistes de réflexion pour favoriser une communication uniforme.

À partir des constats émis, un plan d'action rigoureux et personnalisé sera réalisé et constituera notre guide quant à la mise en place d'actions efficaces, cohérentes et collaboratives visant l'adoption des meilleures pratiques.

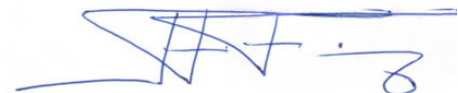
Comme dans toutes les régions du Québec, le CISSS des Laurentides vit une pénurie de main-d'oeuvre. Pour répondre à ses besoins, l'organisation a multiplié les efforts de recrutement, tant à l'interne qu'à l'externe. Des collaborations avec les centres de formation professionnelle de la région ont même donné lieu au développement de préposés aux bénéficiaires à l'intérieur de certaines de nos installations.

En matière de dispositions locales des ententes collectives, l'année 2018-2019 a représenté l'aboutissement des discussions entreprises avec les syndicats puisque toutes les ententes ont été signées.

Pour terminer, nous souhaitons sincèrement remercier notre personnel, nos médecins, nos sages-femmes, nos bénévoles, notre équipe de direction et nos administrateurs pour le travail remarquable accompli année après année. Ils s'investissent sans compter auprès des enfants, des adolescents, des adultes et des aînés. Ils sont sans contredit la pierre angulaire de cette belle organisation qu'est le CISSS des Laurentides et ils méritent toute notre admiration.



André Poirier



Jean-François Foisy

La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

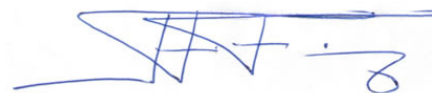
À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

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 2018-2019 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 2019.



Jean-François Foisy
Président-directeur général



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.....	26

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
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement	72
L'examen des plaintes et la promotion des droits	73
L'information et la consultation de la population	73

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie 75

Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement	79
La gestion et le contrôle des effectifs.....	79

Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	83
L'équilibre budgétaire	84
Les contrats de service	84
L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant.....	85

La divulgation des actes répréhensibles 87

Les organismes communautaires..... 91

Les fondations 99

Annexes : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs 105

Sigles et acronymes

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
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
APPR	Agent de programmation, de planification et de recherche
AVC	Accident vasculaire cérébral
BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
CA	Conseil d'administration
CDifficile	Clostridium Difficile
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
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 (ou directrice de l'enseignement et de la recherche)
DGA	Direction générale adjointe (ou directeur général adjoint)
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 (ou directrice de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité)
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DRF	Direction des ressources financières
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (ou directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques)

Sigles et acronymes

DRMG	Département régional de médecine générale
DSH	Direction des services d'hôtellerie
DSI	Direction des soins infirmiers (ou directrice des soins infirmiers)
DSIEC	Direction des soins infirmiers et de l'éthique clinique
DSM	Direction des services multidisciplinaires (ou directrice des services multidisciplinaires)
DSP	Direction des services professionnels (ou directrice des services professionnels)
DST	Direction des services techniques
Dx	Diagnostic
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
EMMIE	Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants
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
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
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MD	Médecin
MMUU	Matériel médical à usage unique
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

Sigles et acronymes

RLS	Réseau local de services
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
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
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
SIM	Service de suivi intensif dans le milieu
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SIV	Soutien d'intensité variable
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPER	Santé physique, enseignement et recherche
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

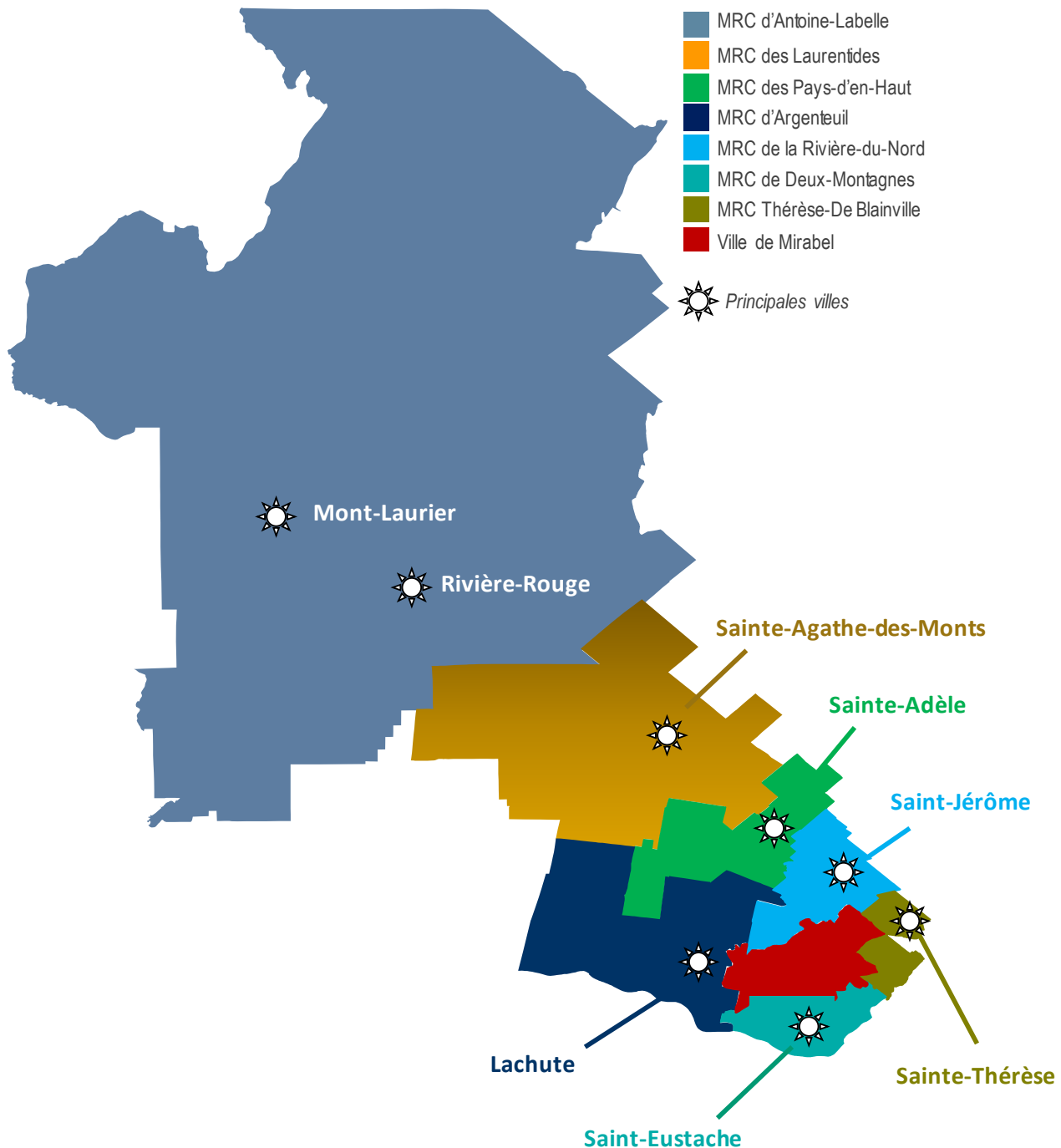
- L'établissement
- Le conseil d'administration, les comités,
les conseils et les instances consultatives
- Les faits saillants

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 1,2 milliard de dollars et est réparti en 80 installations situées sur un territoire de 20 500 km².

Notre établissement regroupe des hôpitaux, des CLSC, des centres d'hébergement, des centres de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation, des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, des centres de réadaptation en déficience physique et des centres de réadaptation en dépendance.

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.

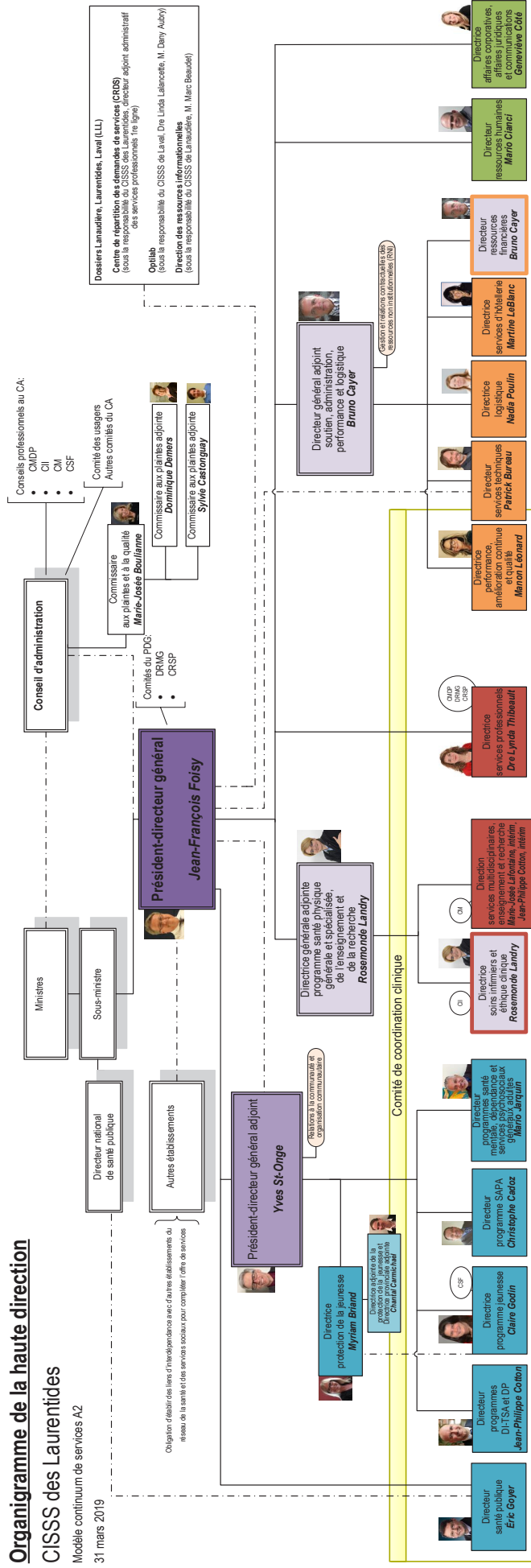
La structure organisationnelle au 31 mars 2019

Organigramme de la haute direction

CISSS des Laurentides

Modèle continuum de services A2

31 mars 2019



Le conseil d'administration

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



Jean-François Foisy
Président-directeur
général 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)



**Carole
Tavernier**
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



**Catherine
Landry-LaRue**

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 2018-2019.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs 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

**Les rapports annuels d'activités des comités, conseils
ou instances mentionnés ci-après sont disponibles
sur le site Internet du CISSS des Laurentides.**

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Composition

D^r Paul-André Hudon , président	D^{re} Marie-Andrée Houle
D^{re} Marie-Josée Chouinard , 1 ^{re} vice-présidente	D^{re} Maude Latulippe
D^r Marc Belliveau , 2 ^e vice-président	D^{re} Marianne Métayer
D^r Stéphane Gingras , secrétaire et trésorier	D^r Charly-Claude Morel
D^{re} Kim Beauchemin	D^r Richard Racette
D^r Denis Chapleau	D^{re} France Sannino-Durand
D^{re} Véronique Côté-Pagé	D^{re} Lynda Thibeault, DSP
M. Jean-François Foisy , PDG	D^{re} Mylène Vandal
D^r Jad Hobeika	D^r Josko Vujanovic

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*. Ce conseil est composé de l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent au CISSS des Laurentides.

Le conseil 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 2018-2019, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a assuré le suivi de ses objectifs, c'est-à-dire :

- De faire le renouvellement des privilèges de l'ensemble des médecins de famille;
- De traiter des dossiers disciplinaires pour certains membres;
- De donner son avis sur la nomination du chef de département d'anesthésiologie du CISSS des Laurentides;
- De donner son avis sur la nomination des chefs de département d'urgence de l'Hôpital de Saint-Eustache et de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme;
- De soutenir la Direction des services professionnels dans la gestion de crise à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Eustache;
- D'assurer la garde en thrombolyse neuro-vasculaire;
- D'assurer la garde en angioradiologie;
- De déployer le guide d'antibiothérapie;
- De déployer la politique de gestion des échantillons de médicaments.

Conseil des infirmières et infirmiers

Composition

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

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

M. Alexandra Fex, enseignante, CFP Performance Plus à Lachute

M^{me} Caroline Normand, IPSPL, Clinique familiale des Basses-Laurentides

M^{me} Isabelle Fournier, conseillère en soins infirmiers, Hôpital Laurentien

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

M. Jean-François Foisy, président-directeur général CISSS des Laurentides

M^{me} Joanne Savard, coordonnatrice hébergement bassin centre, CHSLD de Saint-Jérôme

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

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} Martine Vézina, conseillère en soins infirmiers – Direction de l'enseignement et de la recherche

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

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

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

M^{me} Rosemonde Landry, DGA-SPER et DSIEC

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

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 le président-directeur général porte à son attention.

FAITS SAILLANTS :

- Adoption du Règlement du CIIA;
- Nomination d'une présidente pour la mise en place d'un comité relève infirmière – infirmière auxiliaire;
- Soutien à la Direction adjointe des pratiques professionnelles pour la production de fiches sur l'évaluation clinique;
- Travaux débutés pour l'élaboration d'un plan de communication;
- Travaux débutés pour la planification d'un plan reconnaissance du personnel infirmier.

Conseil multidisciplinaire

Composition

M. Jean-François Foisy, PDG

M^{me} Julie Boucher, DSM et DER par intérim

M. Jean-Philippe Cotton DI-TSA-DP
et DSM par intérim

M. Jérôme Ryckewaert

M^{me} Caroline Sauvé, responsable
des communications

M^{me} Annie Cloutier, présidente

M^{me} Claudia Poulin, vice-présidente

M^{me} Josée Boudreault, secrétaire

M^{me} Martine Brière

M^{me} Cynthia Desjardins

M^{me} Julie Raiwez

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.

Il est à noter que les sages-femmes font partie du conseil des sages-femmes de l'établissement. Toutefois, aux fins de la désignation d'un membre du conseil multidisciplinaire au sein du conseil d'administration de l'établissement, elles sont réputées faire partie du conseil multidisciplinaire (art. 11 de la Loi).

FAITS SAILLANTS

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) du CISSS a tenu six réunions.

L'assemblée générale annuelle du CM a eu lieu le 1^{er} mai 2018 avec neuf sites en visioconférence. Le quorum de 3 % a été atteint avec 117 participants.

Le CECM élu a été constitué à la suite de l'avis de postes à combler paru en mars 2018. Deux postes sont demeurés vacants.

Cette année, sept postes sont en élection. S'il y a plus de candidats que le nombre de postes à combler, des élections auront lieu les 23 et 24 avril prochain.

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'une lettre de retour pour les communications des agents multiplicateurs;
- La création d'un dépliant à l'intention de nos membres.

Conseil multidisciplinaire (suite)

2. Répondre aux demandes d'avis et recommandations

Le CECM a reçu cinq demandes d'avis portant sur :

- Le cadre de référence sur le soutien clinique pour les professionnels membre du conseil multidisciplinaire;
- Les nouvelles orientations émanant du cadre de référence pour l'évaluation, la prise en charge et le suivi des troubles de la déglutition par l'équipe de réadaptation en milieu hospitalier;
- La modification du service de RFI à Sainte-Agathe-des-Monts et Lachute;
- La politique de lutte contre la maltraitance envers toute personne majeure en situation de vulnérabilité;
- Demande d'avis sur le continuum de services pour la clientèle AVC et la réadaptation en externe (délais d'attente).

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

Le CM a reçu neuf demandes de formation de CP ou CI. Après étude de ces demandes, six d'entre elles ont été retenues. Cinq comités ont finalisé leurs travaux et une période d'extension a été autorisée pour un comité.

4. Activités du comité de reconnaissance

Lors de l'assemblée générale annuelle du 1^{er} mai 2018, deux comités de pairs ont été reconnus et récompensés pour la qualité de leurs travaux. Le CECM a soumis les deux candidatures à l'activité de reconnaissance à l'occasion de la 16^e édition du congrès de l'ACMQ les 29 et 30 octobre 2018. Le comité de pairs pour l'évaluation et interventions en ergothérapie auprès de la clientèle avec des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence s'est démarqué en remportant le 2^e prix de cette édition.

5. Répondre à toutes autres demandes de la direction

Le CECM a été informé de différents travaux réalisés au CISSS des Laurentides. Une présentation et une période d'échange ont eu lieu avec plusieurs directions sur des sujets variés tels que : les faits saillants du sondage de mobilisation du personnel, le cadre de référence sur le soutien clinique des professionnels membres du conseil multidisciplinaire, le plan d'action transversal Branchés santé, la Direction de l'enseignement et de la recherche et le Service d'éthique clinique.

6. Autres activités

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

- Rencontre d'échange avec M. Jean-Philippe Cotton, directeur à la DI-TSA-DP, et Mme Marie-Claude Beaulieu, directrice adjointe pour le continuum déficience physique à la suite d'une demande d'avis d'un membre du CM sur la création d'un pôle de réadaptation fonctionnelle intensive spécialisée au centre Youville. Un résumé écrit de la discussion est acheminé à M. Cotton ainsi qu'au demandeur d'avis à la suite de cet échange;
- Discussion avec M. Jean-Philippe Cotton à titre de membre d'office au CM sur l'organisation des services de réadaptation (hébergement) pour la clientèle qui présente une double problématique (troubles graves du comportement et trouble de santé mentale) à la Direction du programme jeunesse;
- Rencontre d'échange avec Mme Claire Godin, directrice du programme jeunesse au sujet de la réorganisation professionnelle à l'application des mesures, Direction du programme jeunesse;
- Rencontre avec M. Paul-André Gallant, président de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. Le but de la rencontre étant de créer un premier contact entre les deux instances pour ensuite partager sur leurs réalités et enjeux respectifs dans l'objectif d'établir des liens de collaboration.

Conseil des sages-femmes

Composition

M^{me} Ariane Morissette, présidente

M^{me} Mongia Said, vice-présidente

M^{me} Isabelle Rouleau, secrétaire

M^{me} Valérie Leuchtmann, responsable des services de sage-femme et administratrice

M^{me} 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) :

- 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

- Équipe réduite faute de remplacement de deux sages-femmes absentes pour la moitié de l'année financière. Confirmation d'un financement supplémentaire du MSSS pour consolider les services dans les basses Laurentides (effectif en 2019-2020).
- Accouchements sous la responsabilité d'une sage-femme dans les trois lieux : domicile des parents (31 - 13,9 %), maison de naissance (119 - 53,4 %) et Hôpital régional de Saint-Jérôme (5 - 2,7 %) pour un total de 223 suivis complets. Taux de transfert à l'équipe médicale, avant (prénatal 13 %) ou pendant l'accouchement (per natal 17 %), est de 30 % (la majorité non ou semi-urgent).
- Résultats cliniques :
 - Taux de césarienne de notre clientèle est de 7,6 %;
 - 12 usagères ont tenté un AVAC (accouchement vaginal après césarienne), avec un taux de réussite de 83,3 %;
 - Taux d'allaitement à la naissance de 99 %.
- Clientèle majoritairement des Laurentides (7,5 % de la clientèle hors territoire).
- Bonification de la collaboration avec les équipes médicales en obstétrique du CISSS.

Département régional de médecine générale

Composition

D^{res} Christine Slythe et Louise Gaudet, cochefs

D^r Bertrand Bissonnette

D^{re} Caroline Cantin

D^r Peter Crago

D^r Éric Morin

D^r Dominic Legault

D^{re} Catherine Foley

D^r Pierre-Marc Bilodeau

D^r Pierre-Michel Laurin

D^r Zahi Houry

INVITÉS D'OFFICE :

D^{re} Lynda Thibault

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 2018.
- Attribution des postes en médecine de famille : 90 % comblés au premier tour.
- Début d'une circulaire info DRMG.
- Début de cochefferie des D^{res} Slythe et Gaudet août 2018.
- Révision des activités médicales particulières pour favoriser le soutien des installations du CISSS.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Composition

M^{me} Krystel Beaucage, présidente

M^{me} Ariane Dumoulin-Charette

M. François Lavoie

M^{me} Karina Savoie

M. Stéphane Gingras, vice-président et secrétaire

M. Frédéric Julien-Baker

M. Patrick Long

D^r Elie Boustani

MANDAT

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'oeuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

FAITS SAILLANTS

L'année 2018-2019 a été marquée par la représentation du comité régional des services pharmaceutiques auprès de plusieurs acteurs du CISSS des Laurentides et à l'extérieur. Se faire connaître et s'ouvrir aux besoins de tous pour le bien des patients, reflète bien les activités de l'année.

De façon concise, voici les faits saillants :

- **Présentation pour expliquer la loi 41 au CRSP et offre au médecin.**
Démystifier les différences entre ordonnances collectives vs loi 41 (suivi des maladies chroniques). Lors de la rencontre au DRMG, l'offre pour connaître mieux la loi 41 a été lancée et le GMF des Mille-Îles (Thérèse-De Blainville) a fait appel à cette formation.
- **Communication**
Plusieurs communications entre le CRSP et les pharmaciens extérieurs ou différents départements du CISSS des Laurentides. Les échanges et les appels au CRSP se multiplient. Un sondage a été fait auprès des pharmaciens communautaires pour déterminer les irritants que le CRSP pourrait étudier.
- **Fioles multidoses**
À la suite d'une demande par les soins infirmiers, une note de service sur les modalités de distribution et de conservation de fioles multidoses (ex : vitamine B12), sur le territoire des Laurentides a été transmise à tous les pharmaciens par le biais du télécopieur mais surtout de la nouvelle plateforme Facebook pour uniformiser les pratiques.
- **La révision des règlements du CRSP est en cours.**
Il est évalué d'ajouter un membre au CRSP représentant les pharmaciens pratiquant en GMF. De plus, l'élaboration de l'assemblée générale est prévue pour février 2019 où nous y joindrons les élections pour les prochains quatre ans. Le comité travaille à instaurer des tables locales dans différents secteurs.
- **Représentation du CRSP**
 - Rencontres provinciales des présidents d'un CRSP à l'OPQ.
 - Rencontre avec le PDG et Dre Thibault.
 - Présence sur invitation au DRMG.

Comité de gouvernance et d'éthique

Composition

M^{me} Claire Richer Leduc, présidente

M^{me} Sylvie Boucher De Grosbois

M. Michel Couture

M. Patrick Durocher

M. Jean-François Foisy, PDG

M^{me} Lyne Gaudreault

M. François Lavoie

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 CISSS des Laurentides et par le conseil d'administration.

FAITS SAILLANTS

En 2018-2019, le comité a tenu cinq rencontres. Il a élaboré, mis à jour et recommandé différents documents au conseil d'administration et a participé à des activités telles que :

- Organisation d'un lac-à-l'épaule du conseil d'administration en juin 2018 : présentation des principaux enjeux de santé de la population des Laurentides; planification stratégique et entente de gestion et d'imputabilité, entreprise en santé et programme de relève des cadres supérieurs et hors cadre;
- Suivi du plan d'amélioration du fonctionnement du conseil d'administration et de la gouvernance lié au programme d'Agrément Canada;
- Élaboration et suivi du plan de formation des membres du conseil d'administration;
- Organisation d'un atelier de formation sous le thème « Intelligence collective en gouvernance » en janvier 2019.

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. Jean-François Foisy, PDG

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.
- Recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers.
- 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.
- Réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie, de temps à autre, le conseil d'administration. (art. 181.0.0.3 de LSSSS).

FAITS SAILLANTS

Le comité d'audit a fait les recommandations d'adoption requises au conseil d'administration en lien avec le budget détaillé 2018-2019, le rapport financier du CISSS des Laurentides ainsi que le rapport financier annuel du fonds de santé au travail. De plus, comme le prévoit son mandat, le comité d'audit a rencontré l'auditeur externe à deux reprises, soit en juin 2018, lors du dépôt du rapport financier annuel 2017-2018 ainsi qu'en avril 2019, pour la présentation du plan d'audit 2018-2019.

Conformément au règlement sur la régie interne du conseil d'administration, les membres du comité d'audit ont examiné régulièrement la liste des contrats de 100 k\$ et plus. Ils ont vérifié les démarches effectuées pour certains de ceux-ci afin de s'assurer que les règles d'octroi des contrats avaient été respectées. De plus, le comité d'audit a demandé que les auditeurs externes portent une attention particulière au processus d'adjudication des contrats et lui fassent un rapport verbal de leur constat. Ce dernier s'est avéré positif.

Le 9 mai 2018, un des membres du comité d'audit, M. Frédéric Houle, a remis sa démission. À ce jour, aucun remplaçant n'a été nommé.

Pour répondre aux exigences de la Directive concernant la gestion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics, le comité d'audit a recommandé au conseil d'administration l'adoption de la Politique de gestion des risques en matière de corruption et collusion dans les processus de gestion contractuelle telle qu'élaborée par la Direction de la logistique pour mise en application.

Afin d'éviter de devoir faire adopter la révision de la *Politique relative aux frais de déplacement et autres frais inhérents s'appliquant aux cadres et aux membres du conseil d'administration du CISSS des Laurentides* chaque fois qu'un des taux de remboursement établis par le gouvernement change, le comité d'audit a recommandé que cette dernière soit modifiée en spécifiant que toute modification de tarifs apportée par le MSSS s'appliquerait automatiquement à ladite politique.

Comité d'audit (suite)

La Politique de capitalisation des immobilisations a été déposée aux membres du comité d'audit afin de les informer de son adoption par le comité de direction.

Le directeur des services techniques accompagné de son directeur adjoint et d'un conseiller en bâtiment sont venus expliquer au comité d'audit le plan triennal de conservation et de fonctionnalité immobilière 2018-2021 (PCFI) ainsi que le plan de conservation de l'équipement et du mobilier 2018-2019 (PEM).

Le comité d'audit a recommandé au conseil d'administration de demander au ministère de la Santé et des Services sociaux l'autorisation de mettre en place un projet autofinancé dans le cadre du projet de réaffectation de l'ancien CHSLD Youville permettant la relocalisation de la clientèle des programmes « Unités de réadaptation fonctionnelle intensive » (URFI) ainsi que la clientèle « Déficience motrice adulte et traumatologie » (DMAT).

Tout au long de l'exercice financier, le comité d'audit a pris connaissance de la situation financière et des difficultés liées à la présence au travail ainsi que des solutions envisagées pour tenter de contrer plus particulièrement les accidents de travail.

Comité de vigilance et de la qualité

Composition

M. Michel Couture, président

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

M^{me} Carole Tavernier, secrétaire

M. Jean-François Foisy, PDG

M^{me} Rola Helou

M^{me} Manon Léonard, DPACQ,
invitée d'office

MANDAT

Afin d'améliorer 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 auprès du conseil d'administration, responsable principalement d'assurer le 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 sociaux¹.

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, l'efficacité des services dispensés, et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

FAITS SAILLANTS

- Le comité a été consulté sur la Politique de lutte contre la maltraitance envers toute personne majeure en situation de vulnérabilité, préalablement à son adoption par le conseil d'administration.
- Le comité a été exposé aux travaux qualité en cours pour le secteur des ressources de type familiale et ressources intermédiaires, ainsi que sur la certification des résidences privées pour aînés et des ressources d'hébergement en dépendance.
- Les présentations des directions de l'établissement sur leurs enjeux et leurs travaux en matière d'amélioration de la performance des services se sont poursuivies cette année.
- Le comité continue d'assurer le suivi rigoureux des plans d'amélioration, faisant suite aux recommandations de diverses instances internes et externes, telles que le commissariat aux plaintes et à la qualité des services, l'agrément, les ordres professionnels, le ministère de la Santé et des Services sociaux, etc.

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} Rosemonde Landry, présidente

M^{me} Manon Léonard, déléguée par le PDG

M. Alain Masson

M. Guillaume Ducharme, invité d'office

M^{me} Chantale Séguin

M. Luke De Block

M. Marcelo Gomez-Molina

M^{me} Ghislaine Pelletier-Robitaille

M^{me} Claire Godin

M^{me} Nicole Leblanc

M. Louis Rousseau

M^{me} Manon Robichaud

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

Fonctionnement du comité de gestion des risques et de ses sous-comités :

- Renouvellement des mandats des membres des différents comités;
- Optimisation des liens entre les sous-comités et le comité stratégique.

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.

Événements sentinelles :

- Mise en place d'un nouveau modèle d'analyse des événements basé sur les meilleures pratiques (analyse de constellation).

Liens avec les comités de l'établissement.

Comité d'éthique de la recherche

Composition

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

D^r Gilles Aubin (médecin membre du
CMDP), membre scientifique

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

M^{me} Christiane Chabot (chef de secteur
en génie biomédical), membre scientifique

M. Samuel Dugré-Brisson (biochimiste
clinique), 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 (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 inaptées. 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 2018-2019 :

- 3 nouveaux projets de recherche monocentriques ont été déposés pour évaluation (aucun projet n'a été évalué selon le mécanisme multicentrique);
- 19 renouvellements de l'approbation éthique de projets de recherche en cours ont été effectués;
- 15 clôtures de projets de recherche ont été effectuées, dont deux pour le compte du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et en vertu de l'entente de délégation et d'endossement, signée avec cet établissement.

Comité régional d'éthique clinique

Composition

M^{me} Magalie Jutras, présidente

M. Réthor Agenor

M^{me} Johanne Chéchippe

M^{me} Dina Di Tommaso

M^{me} Martine Folco

M. Michel Gauthier

M^{me} Kathleen Harrison

M. Jean-Michel Juste

M^{me} Magalie Jutras

M^{me} Cyndie Legault-Nault

M. Dominique Laroche

M^{me} Cyndie Legault-Nault

M^{me} Carole Levert

M^{me} Maude Marchildon

Mme Élise Matthey-Jacques

M. Guillaume Richer

M^e Annie St-Pierre

M^{me} Mélanie Therrien

M^{me} Patrycia Tremblay

M^{me} Nathalie Rhéaume

M^{me} Sylvie Veillette

M. Gnahoua Zoabli

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 proches¹ 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 religieux², 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

En lien avec les trois axes de sa mission présentés ci-dessus, le Service d'éthique clinique a observé une hausse générale de ses activités en 2018-2019. Plusieurs sessions de sensibilisation et de formation ont eu lieu, dont des ateliers de sensibilisation à l'éthique clinique, des formations portant sur la délibération éthique de même que des ateliers sur la bienveillance et des conférences.

De plus, le Service d'éthique clinique a répondu à 65 demandes d'accompagnement en lien avec des dilemmes éthiques vécus par le personnel, les usagers et leurs proches.

Enfin, la conseillère en éthique a été sollicitée lors de l'élaboration de dispositifs institutionnels dont la Politique relative aux activités de recherche et le Code de vie pour les milieux à aire ouverte.

¹ En respect de la philosophie du partenariat de soins et de services, le libellé du mandat d'accompagnement en éthique clinique inclut désormais les usagers et leurs proches.

² À la suite à l'adoption de la Loi favorisant le respect de la neutralité religieuse de l'État et visant notamment à encadrer les demandes d'accommodements pour un motif religieux dans certains organismes, le CISSS des Laurentides a désigné la DSIEC et son Comité régional d'éthique clinique comme répondant en matière d'accommodement.

Comités des usagers et comités de résidents représentés par le CUCI

Comité des usagers

1. Comité des usagers d'Antoine-Labelle
2. Comité des usagers d'Argenteuil
3. Comité des usagers du Centre de protection et de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation des Laurentides
4. Comité des usagers Des Sommets
5. Comité des usagers du Centre de réadaptation en dépendance des Laurentides
6. Comité des usagers Lac-des-Deux-Montagnes
7. Comité des usagers du Programme DI-TSA DP
8. Comité des usagers Pays-d'en-Haut
9. Comité des usagers Résidence Lachute
10. Comité des usagers Saint-Jérôme
11. Comité des usagers Thérèse-De Blainville

Comités de résidents

1. Comité de résidents du Campus Huberdeau
2. Comité de résidents du Campus Saint-Jérôme
3. Comité de résidents du Centre d'hébergement de Saint-Jérôme
4. Comité de résidents du Centre d'hébergement Lucien-G. Rolland
5. Comité de résidents du Centre d'hébergement de Saint-Eustache
6. Comité de résidents du Centre d'hébergement de Saint-Benoît
7. Comité de résidents du Centre d'hébergement Hubert-Maisonneuve
8. Comité de résidents du Centre d'hébergement des Hauteurs
9. Comité de résidents du Centre d'hébergement Drapeau-Deschambault
10. Comité de résidents du Centre d'hébergement Sainte-Anne
11. Comité de résidents du Centre d'hébergement L'Équip'Âge
12. Comité de résidents du Programme Santé mentale
13. Comité de résidents du Pavillon Philippe-Lapointe
14. Comité de résidents du Centre d'hébergement de Mont-Tremblant
15. Comité de résidents du Centre d'hébergement de Labelle
16. Comité de résidents du Centre multiservice d'Argenteuil

Priorités et réalisations de l'année écoulée

Le CUCI des Laurentides a été dissous en raison du dysfonctionnement de celui-ci au mois de mai en vue de mettre en place un nouveau CUCI représentatif de tous les comités de la région incluant les missions. Un comité a dès lors été constitué dans le but d'organiser une rencontre avec tous les membres des comités des usagers et de résidents et de nommer un nouveau CUCI.

En accord avec les comités, cette rencontre a eu lieu en juin afin de nommer les représentants des CU et des CR au CUCI. Une présentation concernant le mandat du CUCI ainsi que sa composition a été faite de manière à répondre aux questions des membres. Lors de cette rencontre, les membres de l'exécutif ont été nommés ainsi que le représentant au CA du CISSS.

Une des missions du CUCI est d'harmoniser les pratiques de l'ensemble des comités et de favoriser leur uniformisation, il a donc produit des **règles de fonctionnement** en conformité avec le cadre de référence et a harmonisé celles des CU et des CR avec ses propres règles. De plus, **un gabarit des rapports annuels et financiers** pour l'ensemble des comités de la région a été réalisé.

Le CUCI a soutenu financièrement le projet spécial du CU DI-TSA-DP dans le cadre de la journée de sensibilisation, **Quand je veux pas, je dis non!** journée qui a réuni approximativement 160 participants de toute la région.

Un projet spécial de **formation relatif au mandat fonctions et responsabilités** des comités a été mis en place pour tous les CU et CR des Laurentides, et ce, dans le but que tous les comités s'arriment sur le même concept de travail, et prennent connaissance du mandat qui leur est octroyé par la LSSSS, ainsi que le soutien que le CUCI peut apporter. Au 31 mars, 11 comités avaient été formés. Le projet se poursuivra sur l'année à venir.

Une formation fut mise en place, par la Direction des finances, à la demande du CUCI avec l'implication de représentants de chaque comité dont le trésorier, la personne-ressource, présidents et tout autre membre qui souhaitait y participer, et ce, pour mieux décoder les dépenses admissibles, et non admissibles, établies par le MSSS et inscrites dans le cadre de référence.

Un projet de **guide d'évaluation** a vu le jour dans l'idée de soutenir les comités qui ont comme projet de faire des évaluations. Ce projet doit encore être approfondi et réétudié par l'exécutif et redéposé au CUCI pour approbation.

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

Notre établissement a amorcé le processus pour la mise en place du comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, et ce, en suivi d'une correspondance reçue, le 15 février 2019, du sous-ministre adjoint, M. Pierre Lafleur. La date butoir pour la formation du comité régional est le 30 juin 2019.

Le mandat du Comité régional sera notamment de formuler des avis au président-directeur général du CISSS des Laurentides sur la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. Les réflexions issues de ce comité permettront 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.

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

Les grands enjeux de l'année 2018-2019 pour les programmes sociaux, de réadaptation, de santé mentale et services psychosociaux généraux adultes prennent assises sur les orientations ministérielles et se situent sur la mise en place et la poursuite de projets visant les soins et services offerts à la population des Laurentides.

- Mise en place des cliniques prénatales afin d'évaluer les besoins des femmes enceintes tôt en début de grossesse et d'y répondre avec une approche globale et intégrée de prévention et de promotion de la santé.
- Collaboration avec les centres de formation professionnelle pour la mise en place de groupes de formation de préposés aux bénéficiaires à même nos centres d'hébergement.
- Nouvelle offre de service de réadaptation pour les victimes d'amputation nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU) en collaboration avec la direction des services multidisciplinaires.
- Implantation du programme d'intervention lors d'un premier épisode psychotique (PIPEP) pour la clientèle de 12 à 35 ans.
- Tournée de sensibilisation et d'écoute en développement social dans les Laurentides visant à mieux définir la notion de développement social, à identifier les enjeux et actions ayant un impact sur les conditions de vie des personnes et des communautés.
- Mise en place d'une étroite collaboration interdirection entre la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction du programme jeunesse afin de favoriser le travail en trajectoire de soins et de services.
- Création d'une table de concertation en santé mentale sur le territoire de Pays-d'en-Haut. Cette action favorise la connaissance des partenaires, les collaborations entre eux ainsi que la cohérence des actions.
- Entente de collaboration pour l'accompagnement en fin de vie à domicile, pour le territoire de Rivière-du-Nord avec l'organisme Palliative.
- Mise en place de « l'Intervention brève » afin de bien cerner les besoins et mieux orienter vers les services en jeunesse.
- Conclusion de la phase I du projet OPUS AP concernant la réduction des antipsychotiques en CHSLD.
- Implantation des caucus opérationnels dans les équipes de SAD permettant de mieux coordonner les actions pour la prise en charge et le suivi des clients.
- Augmentation du nombre d'usagers en activité d'intégration socioprofessionnelle.
- Diminution de 50 % des délais d'attente en trajectoire diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 5 ans ayant un retard global de développement.
- Mise en place de nouvelles mesures d'empêchement de la fugue pour les jeunes en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRDA).
- Relocalisation de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) au centre Youville avec ajout de cinq nouveaux lits.
- Décentralisation des guichets d'accès en santé mentale adulte (GASMA) afin de favoriser des services de proximité et d'intervenir plus rapidement auprès de la clientèle.
- Élaboration et adoption d'un protocole de garde en cogestion médicale avec les psychiatres et les gestionnaires, respectant les droits des usagers.
- Création d'une ressource intermédiaire de crise afin d'éviter l'hospitalisation ou le délai d'attente à l'urgence.

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

- Implantation des nouveaux rôles et responsabilités des intervenants impliqués dans la planification de congés dans les lits de courte durée afin de rendre plus fluide l'accès.
- Mise en place et activation d'un comité régional de don d'organes et de tissus.
- Mise en place du comité de travail pour la trajectoire des soins AVC léger et AIT.
- Colloque cancérologie Laurentides-Laval-Lanaudière : le partenariat de soins et services en oncologie : un défi à relever.
- Offre de service de yoga thérapeutique pour la clientèle en cancérologie dans trois parties du territoire: Saint-Jérôme, Saint-Eustache et Sainte-Agathe.
- Organisation des cliniques d'hiver.
- Mise en place d'une clinique de symptômes respiratoires par sept IPSPL.
- Développement d'outils cliniques et de formations soutenant la prescription infirmière. En février 2019, plus de 444 infirmières avaient obtenu leur droit de prescrire au CISSS des Laurentides (4^e rang des établissements de la province).
- À la suite des nouvelles orientations du MSSS quant au choix d'un DCI, poursuite de la coordination de l'implantation de Cristal-Net pour l'ensemble des installations des Laurentides.
- Préparation d'une orientation concernant l'informatisation clinique pour assurer une cohérence entre les systèmes d'information en place et à venir avec les besoins des utilisateurs.
- Ouverture du service de physiologie respiratoire externe à Mont-Laurier. Accès de proximité développé pour la population du nord du territoire.
- Les équipes d'ambulanciers du territoire ont reçu une formation/atelier nommée « L'uniforme ne protège pas de tout ». Cette formation/atelier a été mise en place dans l'optique de prévenir l'absence, la dépression ou le suicide du personnel intervenant en situation tragique (préhospitalier pour le moment).
- Signature d'une entente de collaboration avec le CIUSSS NIM (Hôpital Fleury) pour l'utilisation de leur IRM de soir. Réalisation de plus de 500 patients des Laurentides améliorant ainsi les délais d'accès.
- Audit par le GBM pour les équipements en CHSLD — Rehaussement du matériel des milieux de vie des usagers en CHSLD et amélioration de la planification triennale pour le remplacement des équipements.
- Rehaussement de l'équipe des pratiques professionnelles des services multidisciplinaires par le transfert des ressources APPR (Agent de programmation, de planification et de recherche) des directions cliniques.
- Réalisation de 4971 stages 18-19 pour un total de 69742 jours.
- Augmentation de 23 % des recherches documentaires effectuées par l'équipe des services documentaires et réalisation de près de 22000 recherches documentaires directement par les utilisateurs.
- Adoption d'un cadre réglementaire organisationnel en recherche.

Les faits saillants

Direction des services professionnels



- Structure de la DSP : Arrivée en poste d'une nouvelle directrice des services professionnels et d'un nouveau directeur adjoint des services professionnels de 1^{re} ligne.
- Groupe de médecins de famille (GMF) : Un nouveau GMF est créé le 13 novembre 2018. Il s'agit d'un GMF multisites formé du CLSC de Mont-Tremblant, de la clinique médicale du Grand-Tremblant et de l'ancien GMF de Mont-Tremblant.
- Cliniques d'hiver : Effort régional remarquable. Participation de 13 GMF qui ont offert plus de 2000 plages de rendez-vous additionnels.
- Conclusion, en juillet 2018, de deux ententes de jumelage pour la mise en place d'un plan de remplacement en anesthésiologie/réanimation. La première entente établit un jumelage partiel de 26 semaines visant l'Hôpital de Mont-Laurier, entente pour laquelle nous avons obtenu deux postes supplémentaires. La deuxième entente établit un jumelage partiel de 12 semaines à l'Hôpital Laurentien, entente pour laquelle nous avons obtenu un poste supplémentaire. Le PREM en anesthésiologie passe de 37 à 40 postes autorisés.
- Un projet pilote pour l'embauche d'infirmières cliniciennes à Saint-Eustache et à Sainte-Agathe est en cours depuis janvier 2019, et ce, jusqu'en septembre 2019.
- Entente conclue avec la firme PetalMD, en décembre 2018, en vue de débiter, en juin 2019, une solution informatique reconnue qui améliorera la planification des horaires des médecins dans l'ensemble du CISSS.
- Début des travaux pour la centralisation des activités reliées à la préparation des médicaments pour les CHSLD.
- Comité régional stratégique IAMEST (Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST) : Amélioration importante des délais de prise en charge dans nos installations hospitalières, notamment à partir du moment de l'arrivée à l'urgence jusqu'au départ vers l'hémodynamie.
- Bloc opératoire (Saint-Eustache) : Amélioration de la gestion des patients en attente de chirurgie comme par exemple, l'élimination des chirurgies de plus d'un an.
- Sainte-Agathe : Début de la gynécologie en endoscopie (Centre de jour).
- Argenteuil : Début des cas de mastectomie en août 2018.
- Antoine-Labelle : 100 % de rétention des nouveaux employés au bloc opératoire et à l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).
- Saint-Jérôme et Saint-Eustache : Chantier multi-axes visant la santé/sécurité au travail dans les URDM (équipements plus ergonomiques, développement d'une formation spécifique pour prévenir les blessures dans les URDM).
- Saint-Jérôme : Plus grand nombre de cas jamais réalisés au bloc : 10603.
- CRDS LLL : Déploiement de la phase 2 en septembre 2018 et de la phase 3 en mars 2019. Le CRDS reçoit maintenant des demandes de consultations pour 26 spécialités médicales. En 2018-2019, 127 888 requêtes ont été reçues et le nombre de rendez-vous fixés s'élève à 85 086.

DGA – Soutien, administration, performance et logistique

La Direction générale adjointe - Soutien, administration, performance et logistique est composée de la Direction des services techniques (DST), la Direction des services d'hôtellerie (DSH), la Direction de la logistique (DL), la Direction de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité (DPACQ) et la Direction des ressources financières (DRF), auxquelles s'ajoute le Service de gestion et relations contractuelles des ressources intermédiaires et de type familial.

La DST a assumé ses fonctions régulières d'exploitation et d'entretien des bâtiments et réalisé des investissements de plus de 69 M\$ pour la résorption du déficit d'entretien du parc immobilier. En dernier lieu, notre portefeuille de projets immobiliers de plus d'un milliard et demi de dollars demeure une activité continue d'études, d'exécution et de livrables des plus prioritaires pour la DST.

La DSH a été proactive en gestion de la présence au travail par l'intégration de formateurs spécialisés en santé et sécurité, afin de diminuer le taux d'absentéisme. À la suite de l'élaboration du plan fonctionnel et de l'étude de faisabilité, l'autorisation ministérielle a été reçue afin de poursuivre notre projet de 7,4 M\$ pour la modernisation de la buanderie de Rivière-Rouge. La DSH a également procédé à un volume important de travaux d'aménagement et de rehaussement des équipements afin de bien positionner les activités alimentaires pour répondre au développement clinique.

La DL a révisé sa chaîne de processus des achats, de la gestion des stocks, du réapprovisionnement et de la gestion contractuelle. Une réflexion a été amorcée sur la mutualisation des fonctions supports logistiques dans le cadre des grands projets organisationnels, afin de coordonner des activités à valeur ajoutée. Le dépôt du premier plan annuel en gestion des risques contractuels a mené à l'intégration d'un mécanisme d'audit du processus de mise à contrat par le comité de vérification du conseil d'administration. Finalement, la DL collabore avec les chambres de commerce et tables de concertation régionales afin d'être un partenaire actif du développement économique et social des Laurentides.

La DPACQ a coordonné les travaux préparatoires à la visite d'agrément 2019 dans un contexte de changement de programme national. Elle a révisé son soutien aux activités de gestion des risques dédiées aux directions. Elle a poursuivi le partenariat avec les usagers en mettant à profit leur expérience personnelle dans de nombreux travaux visant l'amélioration de la qualité. L'amélioration de la performance a été au cœur de l'accompagnement de démarches d'amélioration de niveau stratégique, tactique et opérationnel, du soutien aux grands projets de développement ainsi qu'à l'amélioration des pratiques en sécurité de l'information.

Direction des ressources humaines

La quatrième année d'existence du CISSS des Laurentides a permis d'apporter des ajustements à la structure de l'organisation. Les responsabilités ont été recentrées faisant en sorte que la Direction des ressources humaines concentrera son action essentiellement sur ce volet primordial, notamment les aspects de recrutement, de rétention et de pratiques de gestion.

Cette décision a mené à la création d'une nouvelle direction « La Direction des affaires corporatives, affaires juridiques et des communications ».

Nous avons retenu à titre de trame de fond, pour guider l'ensemble de nos actions, les enjeux de main-d'œuvre qui passent tant par la stabilité du personnel, que par la présence au travail. Le défi est grand puisqu'il est toujours présent. Toutefois, les efforts déployés amènent des réalisations bien concrètes.

Entreprise en santé

En 2018-2019, l'organisation a poursuivi le déploiement de la démarche Entreprise en santé (Branchés santé) par la mise en œuvre d'un plan d'action transversal sur la mobilisation, la santé et le mieux-être. Ce plan répond aux enjeux identifiés par l'ensemble du personnel et prévoit l'implantation de 36 actions dans quatre sphères d'intervention soit : les pratiques de gestion, la conciliation travail et vie personnelle, l'environnement de travail ainsi que les habitudes de vie.

Au 31 mars 2019, l'avancement de ce plan d'action se situait à 43 % avec la réalisation de nombreuses actions porteuses pour l'organisation.

Cohorte de préposés aux bénéficiaires dans nos installations

En collaboration avec Emploi-Québec, les centres de formation professionnelle, la Direction SAPA et la Direction des services techniques du CISSS des Laurentides, nous avons développé des cohortes de formation dans certains de nos centres d'hébergement afin que les étudiants réalisent leur formation en entreprise. Le tout leur permet d'être rapidement en contact avec la clientèle et de développer leurs connaissances et compétences auprès des usagers pour ainsi être mieux outillés au moment de leur entrée en fonction.

Autosuffisance FIQ et CSN

Des travaux ont été complétés afin de créer 258 postes pour la catégorie de personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires et 392 postes de préposés aux bénéficiaires. Ces postes sont ajoutés aux structures de base des services et visent ainsi à éviter le recours au personnel de la liste de rappel, à la main-d'œuvre indépendante et voire même à éliminer le temps supplémentaire obligatoire. Cette mesure vise à assurer une plus grande stabilité au sein des équipes de travail, à augmenter la rétention du personnel et à attirer de nouveaux talents au sein de l'organisation par un poste stable.

Travaux dotation externe et interne

Dans un contexte de plein emploi, nos activités de recrutement ne se sont pas limitées à la publicité. Les équipes ont assuré la visibilité du CISSS lors de journées de recrutement, des visites dans les écoles secondaires, collégiales et universitaires. C'est plus de 50 événements où nous étions présents. Nous avons pu augmenter le nombre d'embauches réalisées comparativement à l'an passé, pour un total de 1928 nouveaux employés. À l'interne, c'est plus de 3279 postes que nous avons offerts à nos équipes, dont 1740 étaient des créations.

Programme de relève-cadre / programme national de développement des leaders

Le processus d'identification de nos futurs gestionnaires a été complété, et ce, tant pour des cadres intermédiaires que des cadres supérieurs. Des entrevues, des tests et enfin une évaluation de potentiel ont été réalisés, nous permettant d'identifier 35 personnes à développer pour une future carrière de cadre intermédiaire et 19 pour une carrière à titre de cadre supérieur ou hors cadre.

Entrée en vigueur des conventions collectives locales

Alors que 2017 marquait le début des négociations locales, 2018 s'est démarquée par l'entrée en vigueur des premières dispositions locales du CISSS des Laurentides. Après des mois de rencontres, d'échanges et de négociations, nous en sommes arrivés fièrement à terme avec des ententes négociées, et ce, pour les quatre catégories d'emploi représentées par trois grands syndicats.

Direction des ressources financières

Au cours de l'exercice financier 2018-2019, les efforts de la Direction des ressources financières ont porté notamment sur l'amélioration des processus internes (ce qui a permis de raccourcir de trois jours le délai de production des rapports périodiques), sur l'amélioration de la qualité de l'information financière et statistique ainsi que sur la formation et le soutien aux gestionnaires quant au suivi budgétaire.

Les équipes ont également travaillé étroitement avec l'ensemble des directions afin d'établir les montages financiers reliés aux nombreux projets immobiliers et budgets de développement alloués à la région des Laurentides, incluant le budget d'équité de 45,6 millions de dollars octroyé en 2018-2019.

Les premiers travaux visant une charte comptable provinciale unifiée ont débuté au cours de 2018-2019. La charte comptable unifiée est la première étape des travaux provinciaux sur le coût par parcours de soins et de services (CPSS) qui ont également débuté cette année, et auxquels la Direction des ressources financières contribue.

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 2018-2019 avec un surplus de 13,4 M\$. Ce surplus est composé d'un surplus au fonds d'exploitation de 10,7 M\$ et d'un surplus au fonds d'immobilisation de 2,7 M\$.

Des dépassements budgétaires importants en ce qui concerne l'absentéisme (15,4 M\$) et les médicaments en oncologie (6,3 M\$) ont été compensés en 2018-2019 par des disponibilités budgétaires non récurrentes, permettant ainsi le respect de l'équilibre budgétaire. Les coûts de l'absentéisme et des médicaments en oncologie demeureront toutefois des enjeux financiers importants en 2019-2020.



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

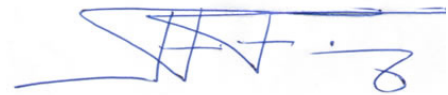
Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

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 2018-2019 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 2018-2019.

Signé à Saint-Jérôme, le 12 juin 2019



Jean-François Foisy
Président-directeur général



Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019

- Détails des attentes spécifiques du chapitre III

SANTÉ PUBLIQUE

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
2.1	<p>Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)</p>	<p>Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; • suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; • suivre l'application des mesures en PCI; • suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; • adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.; • entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; • assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; • recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; • déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; • déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; • acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. <p>Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG.</p> <p>Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.</p>	Réalisé
2.2	<p>Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme, de promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif chez les jeunes (02.2)</p>	<p>Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type et description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme, la promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif dans les déplacements et dans les loisirs chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte des cibles du Plan stratégique du MSSS : la réduction du nombre de fumeurs, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et l'augmentation du nombre de jeunes actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements. 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 les retombées observées.</p>	Réalisé

SERVICES SOCIAUX

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
3.1	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	Réalisé
3.2	Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Réalisé
3.3	Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	<p>La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie; • de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis; • de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire. <p>L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.</p>	Réalisé
3.4	Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'utilisateur. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficacité des services. Pour chaque région sociosanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.	Réalisé
3.5	Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.5)	Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	Réalisé
3.7	Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03.7)	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). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.	Réalisé

SERVICES DE PROXIMITÉ, URGENCES ET PRÉHOSPITALIER

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
4.1	État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	Réalisé
4.2	État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (04.2)	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Reporté par le MSSS au 15 juillet 2019
4.3	Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/ Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	Réalisé

SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE PSYCHIATRIE LÉGALE

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
5.1	Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté (05.1)	Chaque établissement qui a reçu du financement doit fournir pour chaque type de services de soutien dans la communauté identifié, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles, le nombre d'utilisateurs supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.	Réalisé

FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET

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 (07.1)	<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 bâtiment.</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. 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>	Échéance 31 mars 2020

COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
8.2	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	<p>Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement.</p> <p>À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation.</p> <p>Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile.</p> <p>L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques.</p> <p>Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.</p>	Réalisé
8.3	Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	<p>Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.</p>	Réalisé

PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
9.1	Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements (09.1)	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices - Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	Réalisé

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT
10.1	Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (10.1)	<p>Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif ou clinico-administratif, 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 ».</p> <p>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.</p> <p>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

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

Reddition de comptes du CISSS des Laurentides

Chapitre IV

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

Plus de la moitié des engagements ont été respectés à plus de 90 % en 2018-2019, soit 31 des 54 indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité. Les tableaux suivants présentent les détails entourant le respect de ces engagements. La couleur verte indique le respect de l'engagement à 100 % et plus, la couleur jaune un respect supérieur à 90 % et inférieur à 100 % alors que le rouge signifie un respect de moins de 90 % de l'engagement selon la méthode de calcul du ministère.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Cancérologie				
Plan stratégique				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	73	90	75.2	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	98,9	100	98.3	100
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 malgré une amélioration notée par rapport aux deux dernières années. 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 jumelée au repérage des cas de moins de 20 jours a permis de diminuer les délais.				
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.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 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	66,7	65	100	100
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	88,3	90	90.5	92
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	75,7	90	76.9	90
Plan stratégique				
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	3 134	2 840	4 657	3 800
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	58,9	90	65.3	90
Commentaires				
<p>1.01.13.01-EG2 Collaboration à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire L'engagement est respecté en raison du déploiement de l'éducation à la sexualité dans toutes les écoles des Laurentides. Le CISSS se situe dans le premier tercile au niveau provincial concernant le pourcentage d'atteinte et le résultat.</p> <p>1.01.27-EG2 Enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais L'engagement est respecté. Le CISSS se situe dans le premier tercile au niveau provincial concernant le pourcentage d'atteinte et le résultat. L'ajout de ressources infirmières en vaccination et la mise en place d'une centrale régionale de prise de rendez-vous, en cours de déploiement, contribuent au respect de l'engagement.</p> <p>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. Toutefois, la situation s'est améliorée en regard des deux dernières années. Le CISSS se situe dans le deuxième tercile au niveau provincial concernant le pourcentage d'atteinte et le résultat. Tel que mentionné pour l'indicateur 1.01.27, l'ajout de ressources infirmières en vaccination et la mise en place d'une centrale régionale de prise de rendez-vous, en cours de déploiement, contribuent à l'amélioration des résultats.</p> <p>1.01.29-PS Dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans L'engagement est respecté. Une amélioration est notée comparativement à l'année précédente en raison de formations réalisées auprès des infirmières afin d'harmoniser les pratiques de saisie. Le CISSS se situe dans le premier tercile au niveau provincial concernant le pourcentage d'atteinte.</p> <p>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. Toutefois, une amélioration est notée comparativement à l'année précédente. Le CISSS se situe dans le dernier tercile concernant le pourcentage d'atteinte et du résultat. Tel que mentionné pour l'indicateur 1.01.27, l'ajout de ressources infirmières en vaccination et la mise en place d'une centrale régionale de prise de rendez-vous, en cours de déploiement, contribuent à l'amélioration des résultats.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Plan stratégique 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	80	80	100
Plan stratégique 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	100	100
Plan stratégique 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	100	100
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	50,8	70	53	80
Commentaires				
<p>1.01.19.01-PS Conformité aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) L'engagement est respecté.</p> <p>1.01.19.02-PS Conformité aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline L'engagement est respecté.</p> <p>1.01.19.04-PS Conformité aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse L'engagement est respecté.</p> <p>1.01.26-PS Conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements L'engagement n'est pas respecté. Une amélioration est notée comparativement aux résultats de l'année précédente. Un outil informatisé a permis de sensibiliser le personnel et de recueillir des audits. Au cours de l'année 2018-2019, 6006 observations ont été réalisées. L'outil a été implanté graduellement dans chacune des unités du CISSS depuis le 1^{er} avril 2018. Une augmentation graduelle du taux de conformité périodique est observée au cours de l'année, atteignant 76% à la période 13. Une campagne de sensibilisation sera déployée en 2019-2020.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Services généraux – Activités cliniques et d'aide				
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 (4) minutes ou moins	93,4	94,9	76,0	90,6
Commentaires				
<p>1.02.04-EG2 Appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux répondus dans un délai de 4 minutes ou moins</p> <p>L'engagement n'est pas respecté. Une baisse est notée par rapport à l'année précédente. Deux enjeux expliquent le tout : le nombre croissant d'appels reçus, soit 16% proportionnellement à une hausse de 5 % des heures travaillées. Par ailleurs, le nombre d'appels reçus des policiers et partenaires est en hausse depuis le début de l'année. La difficulté de disponibilités des ressources humaines représente l'autre enjeu. Un état de situation a été réalisé et la recherche des meilleures pratiques est en cours visant l'amélioration de la performance.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 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 rendu à domicile par les différents modes de dispensation de services	864 069	912 417	1 005 988	ND
Plan stratégique 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	9 638	9 500	9 786	ND
Plan stratégique 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)	92,3	90,5	87,6	90,5
Commentaires				
<p>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.</p>				
<p>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. L'augmentation des volumes est liée aux investissements dans les services de soutien à domicile.</p>				
<p>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) L'engagement n'est pas respecté. Le résultat observé est grandement lié à la période de transition en regard de l'implantation des outils de cheminement clinique informatisé et la nouvelle version de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC). En effet, pour chacun des usagers, un temps moyen supplémentaire d'une heure et demie est nécessaire pour retranscrire les informations dans le nouvel outil. Par ailleurs, pour 2018-2019 le nombre d'usagers nécessitant une évaluation a augmenté de 18 %.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Plan stratégique 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	83,3	83,3	100
Plan stratégique 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	100	100
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	100	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	83,3	84	78,3	84
Commentaires				
<p>1.03.07.01-PS Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier. Implantation des composantes 1, 2 et 6 L'engagement est respecté. 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. Les travaux d'implantation de l'interdisciplinarité, du partenariat de soins et des rencontres journalières ou hebdomadaires dans les unités de soins favorisent le respect de l'engagement. En ce qui concerne la contribution médicale, le leadership est assumé par les équipes disponibles dans nos centres hospitaliers. Les enjeux reliés à l'absence de gériatre demeurent et il serait intéressant qu'une telle ressource spécialisée en gériatrie puisse exercer un leadership à l'échelle régionale.</p>				
<p>1.03.07.02-PS Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier. Implantation des composantes 3, 4 et 5 L'engagement est respecté. Les composantes 3, 4 et 5 sont implantées dans l'ensemble des milieux hospitaliers au-dessus de 90 % alors que l'objectif est de 65 %. Cependant, nous sommes toujours tributaires de facteurs organisationnels qui peuvent faire varier d'une année à l'autre. Le travail se poursuit pour maintenir les acquis et s'améliorer.</p>				
<p>1.03.10-PS Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale L'engagement est respecté.</p>				
<p>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.</p>				
<p>1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14 Cet engagement a été retiré par le ministère de la Santé et des Services Sociaux.</p>				
<p>1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14 Cet engagement a été retiré par le ministère de la Santé et des Services Sociaux.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
Plan stratégique				
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	77,38	75,46	78,64	75,5
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	79,3	90	85,7	88
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	96,5	96,1	92
Commentaires				
<p>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 n'est pas respecté. Il faut noter que malgré une hausse de 92 % des usagers pris en charge, le CISSS des Laurentides a maintenu un résultat comparable à celui de l'année dernière. Ce délai d'attente est nettement plus court que la cible 2020 qui est de 90 jours.</p>				
<p>1.45.04.01-EG2 Personnes ayant une déficience physique – Services spécifiques L'engagement n'est pas respecté. Au global, on note une progression significative, l'engagement atteignant 86 % comparativement à 79 % en 2017-2018. Des outils de suivi ont été implantés, ce qui a mené à une hausse des résultats à partir des périodes 7 et suivantes.</p>				
<p>1.45.04.05-EG2 Personnes ayant une déficience physique – Services spécialisés L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, pour la deuxième année consécutive, le résultat dépasse largement la cible 2020 qui est de 90%. Le résultat actuel positionne le CISSS des Laurentides au sixième rang des établissements de la province.</p>				
<p>Pour l'ensemble du plan d'accès (indicateurs 1.45.04.01, 1.45.04.05, 1.45.05.01, 1.45.05.05) Les résultats du plan d'accès global incluant la déficience physique et la déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme, autant les services spécifiques que les services spécialisés sont en progression constante depuis 2015-2016. En effet, le taux moyen est passé de 82.5% en 2015-2016 à 93.2% cette année.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
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	88,3	90,2	89,4	88
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	87,2	90	89,7	91,6
Plan stratégique				
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	ND	82	82,9	82,9
Commentaires				
<p>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. Toutefois, plusieurs actions ont permis de redresser la situation. De la période 5 à la période 13, le CISSS des Laurentides obtient un résultat de 93,5 %. Des outils de suivi ont été implantés, ce qui a mené à une hausse des résultats à partir des périodes cinq et suivantes.</p>				
<p>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, l'écart par rapport à l'engagement n'est que de 0,3% cette année et les résultats sont en amélioration depuis 2015-2016 ce qui démontre l'impact des efforts investis. De plus, le CISSS a connu une hausse constante des demandes de services depuis 2015-2016 dont 35 % cette année par rapport à l'an dernier.</p>				
<p>Pour l'ensemble du plan d'accès (indicateurs 1.45.04.01, 1.45.04.05, 1.45.05.01, 1.45.05.05) Les résultats du plan d'accès global incluant la déficience physique et la déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme, autant les services spécifiques que les services spécialisés sont en progression constante depuis 2015-2016. En effet, le taux moyen est passé de 82.5% en 2015-2016 à 93.2% cette année.</p>				
<p>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.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Jeunes en difficulté				
Plan stratégique				
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	12,35	12	12.67	ND
Commentaires				
<p>L'engagement n'est pas respecté. Une hausse du taux comparativement à l'année dernière est observée. 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) et à l'intervention motivationnelle. 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • De même, des travaux à la Direction de la Protection de la jeunesse ont été effectués pour s'assurer que les motifs de compromission retenus soient conformes au manuel de référence sur la Protection de la jeunesse. Ces ajustements pourraient à plus ou moins long terme nous amener à un portrait plus juste du taux réel de négligence et tendre vers la cible. 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 mille signalements en comparaison à l'année dernière. Ce qui a un impact important sur le taux de négligence. 				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 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	82,6	86,7	79,7	81,8
Plan stratégique				
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de services de détection et d'intervention précoce en dépendance	92,9	92,9	90,5	92,9
Commentaires				
<p>1.07.04-EG2 Personnes évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins L'engagement n'est pas respecté. Une baisse est notée comparativement aux résultats de l'année dernière et s'explique majoritairement en lien avec la clientèle jeunesse. Pour la clientèle jeunesse, des difficultés reliées à l'absentéisme, au recrutement et à la formation du personnel expliquent les résultats. L'engagement est respecté pour les clientèles adultes.</p> <p>1.07.06-PS Implantation de l'offre de services de détection et d'intervention précoce en dépendance L'engagement n'est pas respecté. Une baisse est remarquée comparativement à l'année dernière. Afin de consolider l'implantation de l'offre des services, le déploiement de la formation pour l'intervention de base en dépendance dans tout le CISSS sera effectif dès septembre, permettant d'atteindre l'engagement.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé mentale				
Plan stratégique				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	864	996	959,4	996
Plan stratégique				
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	333	342	342	347
Commentaires				
<p>1.08.13-PS Places en soutien d'intensité variable (SIV) reconnues par le Ministère L'engagement n'est pas respecté. Le nombre de places en SIV est toutefois passé de 864 à 959,4, ce qui représente un ajout de 95,4 places et 5,3 équivalent temps complet (ETC) atteignant 96 % de l'engagement de l'établissement. L'engagement sera respecté à 100% au cours des prochains mois.</p> <p>1.08.14-PS Places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère L'engagement est respecté. Le nombre de places en SIM est passé de 333 à 342 avec l'ajout de 1 ETC pour 9 places.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Urgence				
Plan stratégique				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	17,75	12	17,6	12
Plan stratégique				
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	46,1	70	45,5	55
Plan stratégique				
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	44,0	75	44,1	75
Commentaires				
<p>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 légèrement en baisse comparativement à 2017-2018. 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.</p>				
<p>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. Des plans d'action locaux sont en cours dans les six urgences concernant la réévaluation et la réorganisation de la trajectoire des usagers à l'urgence, et ce, en partenariat avec les chefs médicaux locaux. Le développement et l'application des ordonnances collectives diminueront le délai de prise en charge. Il est impératif de poursuivre, entre autres, le partenariat avec la première ligne pour augmenter et optimiser le taux de référence des usagers ayant des priorités 4 et 5 vers les services de première ligne existant dans notre CISSS. Les cliniques d'hiver ont permis de réorienter vers un groupe de médecine familiale un certain nombre de patients.</p>				
<p>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 hausse comparativement à l'an dernier. En plus du projet de réorientation des usagers de niveau de priorisation 4 ou 5 vers les groupes de médecine familiale, les cliniques d'hiver ont permis d'accroître la réorientation de plus de 200 patients en provenance des urgences de St-Jérôme et St-Eustache principalement.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie				
Plan stratégique				
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 605	1 500	1628	1615
Plan stratégique				
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	46	56	46	56
Plan stratégique				
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	14,3	14,5	18,9	19,5
Commentaires				
<p>1.09.05-PS Usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile L'engagement est respecté. Une amélioration est notée comparativement aux résultats de l'année précédente. 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.</p> <p>1.09.45-PS Lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie L'engagement n'est pas respecté. Un écart de 10 lits sépare notre résultat de l'engagement. Des développements avec nos partenaires dans la communauté sont à venir : un projet de dix lits pour la maison de soins palliatifs de la Fondation la Traversée et un projet d'agrandissement de six lits additionnels pour la Maison SERCAN.</p> <p>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 amélioration est notée comparativement aux résultats de l'année précédente. Au cours de l'année 2018-2019, une harmonisation de la saisie de l'information a été réalisée permettant de démontrer l'offre de services réelle offerte à la population des Laurentides.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne				
Plan stratégique				
1.09.25-PS Nombre total de GMF	22	22	22	22
Plan stratégique				
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	78,89	85	79,78	85
Plan stratégique				
1.09.48-PS Nombre de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-cliniques)	0	0	0	0
Commentaires				
<p>1.09.25-PS Groupe de médecine de famille (GMF) L'engagement est respecté. Nos efforts déployés pendant l'année nous ont permis de maintenir l'engagement.</p> <p>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.</p> <p>1.09.48-PS Groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique) L'engagement est respecté. Le CISSS travaille sur un projet innovateur ayant les mêmes objectifs que les groupes de médecine de famille réseau. Ce projet vise l'amélioration de l'accès à un médecin de famille pour la clientèle orpheline et pour les heures défavorables (les soirs, les fins de semaine et les congés fériés).</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Chirurgie				
Plan stratégique				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	7	0	10	0
Commentaires				
<p>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. Les travaux se poursuivent en collaboration avec l'équipe médicale. Le suivi périodique s'effectue de façon rigoureuse afin d'atteindre la cible ministérielle.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale				
Plan stratégique 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	59,2	56	63.6	70
Plan stratégique 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	57,2	80	55.9	60
Plan stratégique 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	97,2	88	95.9	100
Plan stratégique 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	100
Plan stratégique 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	56,8	60	39.6	60
Commentaires				
1.09.34.00-PS Examens électifs primaires en imagerie médicale L'engagement est respecté. Une amélioration est notée par rapport aux deux années précédentes.				
1.09.34.02-PS Scopies L'engagement n'est pas respecté. Notons que nous sommes tributaires de la présence des radiologues. Un nouveau radiologue est arrivé au centre hospitalier Laurentien en février 2019. Il réalisera en priorité des scopies, toutefois la cible ne pourra être atteinte en un mois. Aucune aide externe n'est possible en privé depuis, entre autres, l'abolition du remboursement des frais accessoires.				
1.09.34.03-PS Mammographies diagnostiques L'engagement est respecté.				
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. Un poste de cardiologue reste à combler et il le sera à l'été 2019. Un partenariat avec le centre de répartition des demandes de services de Montréal sera envisagé dès que les difficultés techniques de nature informatique seront résolues, soit également à l'été 2019.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale				
Plan stratégique 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	39,5	60	49.6	60
Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	49,6	60	56.2	60
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	88,6	90	96.8	100
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	62,4	90	78	90

Commentaires

1.09.34.06-PS Échographies mammaires

L'engagement n'est pas respecté. La demande dépasse l'offre. Projet à l'hôpital de St-Eustache d'un appareil additionnel approuvé par le MSSS pour l'amélioration de l'accès au centre hospitalier Laurentien et de Saint-Jérôme. Le démarrage des activités est prévu pour avril 2019.

1.09.34.07-PS Autres échographies

L'engagement n'est pas respecté. Toutefois une amélioration est notée par rapport aux deux années précédentes. L'établissement a établi de multiples partenariats avec deux cliniques privées depuis l'annonce de la gratuité et le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) de Montréal. Par ailleurs, la demande dépasse l'offre. Le développement de la pratique autonome se poursuit à Antoine-Labelle. Il faut rappeler que pour le respect des délais, nous sommes tributaires de la volonté des patients de se déplacer.

1.09.34.08-PS Tomodensitométries

L'engagement est respecté et même dépassé en raison de la prolongation des heures d'ouverture, de l'optimisation du plateau technique d'Argenteuil et de l'ajout d'un second tomodensitomètre à Saint-Jérôme. Une amélioration est notée depuis les trois dernières années.

1.09.34.09-PS Résonances magnétiques

L'engagement n'est pas respecté. Une augmentation est toutefois notée depuis les trois dernières années. L'ouverture 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à l'hôpital de Saint-Jérôme et l'hôpital de St-Eustache a amélioré l'accès ce qui a permis à ce dernier de soutenir l'hôpital de Saint-Jérôme. Une entente a été actualisée en janvier 2019 avec l'hôpital de Fleury pour soutenir le CISSS des Laurentides en imagerie par résonance magnétique.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 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	100
Commentaires				
<p>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.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines				
Plan stratégique				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	9,82	7,5	9,79	ND
Plan stratégique				
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,77	2,99	4,17	ND
Plan stratégique				
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,54	1,34	1,67	ND
Commentaires				
<p>3.01-PS Assurance-salaire L'engagement n'est pas respecté. Toutefois, les actions en cours de réalisation commencent à démontrer un impact positif puisqu'une légère amélioration du taux est remarquée comparativement à l'an dernier. Le cadre de référence sur la gestion intégrée de la présence au travail (GIPT) a été adopté en novembre 2018 et déployé en janvier 2019. De février à mai 2019, nos gestionnaires sont formés sur la GIPT, notamment sur la prévention des absences et la gestion du retour au travail durable. De plus, un plan d'action est en cours d'implantation 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'absences.</p>				
<p>3.05.02-PS Heures supplémentaires L'engagement n'est pas respecté. Une hausse du taux est remarquée comparativement à l'an dernier. Malgré 115 embauches supplémentaires, les absences long terme jumelées à la pression causée par les nombreux développements sont en augmentation. Plusieurs stratégies ont été mises en place pour corriger la situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travaux d'autosuffisance; • Collaboration avec la Chambre de commerce du grand St-Jérôme pour favoriser l'emploi des personnes issues de la diversité culturelle pour s'installer dans les Laurentides; • Approche de proximité des gestionnaires avec leurs employés pour diminuer les absences ponctuelles; • Création de postes de coordonnateurs (soir-nuit-fin de semaine) pour la direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) afin de s'assurer de la présence des travailleurs en CHSLD; • Campagne de recrutement et de visibilité; • Formation de préposées aux bénéficiaires et d'auxiliaires en santé et services sociaux dans certaines de nos installations. 				
<p>3.06.00-PS Recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) L'engagement n'est pas respecté. Le résultat représente une hausse par rapport à l'année précédente. Les mêmes raisons et stratégies présentées pour l'indicateur sur le temps supplémentaire s'appliquent ici. En isolant les heures MOI effectuées par les agents de sécurité qui représentent la moitié de celles-ci, nous constatons une amélioration. La situation touche plus particulièrement les préposées aux bénéficiaires (PAB), infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes. Par ailleurs, plusieurs actions sont en cours afin d'éviter le recours à la MOI pour l'ensemble des autres titres d'emploi, telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revoir nos structures de postes et leur gestion (autosuffisance, titularisation, horaire); • Campagne de recrutement sur tout le territoire; • Formation des préposées aux bénéficiaires et auxiliaires aux services de santé et sociaux en assistance à la personne en établissement et à domicile (APED) dans certaines de nos installations. 				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat courant 2018-2019	Engagement 2019-2020
Multiprogrammes				
Plan stratégique				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	53	65,1	53,3	65
Commentaires				
<p>7.01.00-PS Premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC) L'engagement n'est pas respecté. Les principaux enjeux se situent au niveau du programme jeunes en difficulté, contribuant à 24 % de l'indicateur en termes d'usagers impliqués et en santé mentale adulte pour 10%.</p> <p>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.</p> <p>Pour la clientèle santé mentale adulte, la trajectoire de services est révisée et un service d'interventions brèves est consolidé afin de répondre plus rapidement aux demandes.</p>				

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 %



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

- L'agrément
- La sécurité et la qualité des soins et des services
- Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement
- L'examen des plaintes et la promotion des droits
- L'information et la consultation de la population

En juin 2018, Agrément Canada acheminait une correspondance au CISSS des Laurentides dont l'objet portait sur le résultat de l'évaluation du deuxième rapport de suivi, exigé en mai 2017. Cette lettre est venue confirmer le maintien du statut d'agrément du CISSS des Laurentides, à la suite de la visite de mai 2017.

En effet, cette lettre atteste qu'à l'examen des preuves soumises, le statut « Agréé » (attribué en mai 2017) était maintenu pour l'ensemble de notre CISSS jusqu'à la prochaine visite du cycle 2016-2020.

Cependant, la lettre stipule qu'un critère à priorité élevée, depuis la dernière visite d'agrément du mois de mai 2017, demeure non conforme pour la norme Prévention et contrôle des infections. Bien que nous ne soyons pas tenus de fournir d'autres preuves de conformité, cet élément figurera dans l'horaire de la prochaine visite d'agrément.

Par ailleurs, en novembre 2018, Agrément Canada attestait que le statut d'organisme agréé du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides était maintenu jusqu'au 31 décembre 2023. Cette prolongation fait suite à l'octroi du contrat au Conseil québécois d'agrément puis à Agrément Canada et au nouveau cycle de planification des visites d'agrément. Dans le cadre de ce nouveau programme d'agrément, les établissements sont désormais soumis à un cycle d'agrément de cinq ans au lieu de quatre et celui-ci se déroulera entre 2018 et 2023 au cours duquel les six programmes transversaux et les neuf programmes services seront évalués.

Même si des changements ont eu lieu quant au processus d'agrément, le CISSS des Laurentides a poursuivi ses travaux d'amélioration continue de la qualité ainsi que la formation des comités tactiques, des équipes qualité et des équipes responsables des pratiques organisationnelles requises.

Bref, l'année 2019-2020 s'annonce des plus actives et intéressantes au chapitre de l'agrément avec une première visite en novembre 2019 sur la base du nouveau programme.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Le comité de gestion des risques

Durant l'année 2018-2019, 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 médicament, 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 2018-2019, il y a eu 19127¹ déclarations d'incidents ou d'accidents produites pour l'ensemble du CISSS des Laurentides. Ce nombre de déclarations constitue une baisse de 11,9 % par rapport à l'année 2017-2018.

Nombres de déclarations d'incidents ou d'accidents par année		
2016-2017	2017-2018	2018-2019
22 994	21 702	19 127

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 2018-2019, c'est plus de 907 personnes qui ont suivi la formation sur la déclaration des incidents et des accidents alors que 222 autres ont suivi la formation portant sur l'analyse des événements indésirables.

Notons également, au chapitre des activités de promotion de la sécurité des services, la tenue de la semaine de la sécurité des usagers en novembre 2018 et la participation au colloque régional de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

Cette année, ce sont 97 événements à risque élevés qui ont été signalés à la gestion des risques, et de ce nombre, 55 ont été retenus comme étant sentinelles et ont fait l'objet d'une analyse et de l'émission d'actions recommandées en vue d'éviter leur récurrence.

Les risques identifiés

Les tableaux suivants dressent un portrait des types d'événements ayant fait l'objet d'une déclaration. À l'instar des autres organisations du réseau, les types d'événements les plus déclarés demeurent les chutes et les erreurs de médicament.

Type événement	A	B	Total Incident	Pourcentage du nombre de déclarations
Médication	183	715	898	4,69 %
Autres	180	341	521	2,72 %
Chute	120	152	272	1,42 %
Traitement	49	151	200	1,05 %
Test Dx Laboratoire	24	124	148	0,77 %
RDM/MMUU	7	116	123	0,64 %
Lié au matériel	39	51	90	0,47 %
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	35	44	79	0,41 %
Lié aux effets personnels	30	33	63	0,33 %
Lié à l'équipement	23	28	51	0,27 %
Diète	10	17	27	0,14 %
Test Dx Imagerie	8	19	27	0,14 %
Lié au bâtiment	14	8	22	0,12 %
Total général	722	1799	2521	13,18 %

Type événement	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Total Accident	Pourcentage du nombre de déclarations
Chute	1722	4334	1220	155	84	5	1	15	7536	39,40 %
Médication	2932	1261	225	22	3			1	4444	23,23 %
Autres	949	747	719	76	17	1		11	2520	13,18 %
Traitement	433	216	53	26	4			1	733	3,83 %
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	222	261	110	15	3	1			612	3,20 %
Test Dx Laboratoire	173	79	7	2	2				263	1,38 %
Lié aux effets personnels	120	8	2	2					132	0,69 %
Lié au matériel	92	27	7	3					129	0,67 %
Lié à l'équipement	52	19	6	3				1	81	0,42 %
Diète	28	25	2	1	2				58	0,30 %
Test Dx Imagerie	36	7	2	1		1			47	0,25 %
RDM/MMUU	11	4		1					16	0,08 %
Lié au bâtiment	5	2	2						9	0,05 %
Total général	6775	6990	2355	307	115	8	1	29	16580	86,68 %

On dénombre 26 événements pour lesquels aucun indice de gravité n'était disponible au moment de l'extraction des données.

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

¹ Données extraites du SISSS en date du 2019-04-12, 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.

Recommandations du comité de gestion des risques

Lors du comité stratégique de gestion des risques du 13 mars 2018, les recommandations issues d'une analyse visant la diminution des chutes avec conséquences graves ont été présentées. Ces travaux ont été réalisés conjointement par le service de gestion des risques et le comité interdisciplinaire de prévention des chutes du CISSS des Laurentides.

En suivi de cette présentation, le comité stratégique de gestion des risques a adopté les recommandations suivantes :

- Solliciter les directions cliniques concernées afin qu'elles assurent la diffusion et l'implantation des mesures retenues au sein de leurs secteurs respectifs;
- Confier au *comité de prévention des chutes*, le suivi de l'avancement des travaux et des résultats associés à ces mesures;
- Inviter le *comité de prévention des chutes* à faire état de l'avancement des travaux auprès du comité stratégique de gestion des risques.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

Dans le cas du décès d'une dame âgée de 73 ans pour laquelle un diagnostic tardif et des lacunes dans la prise en charge ont été identifiés, il a été recommandé de procéder à l'analyse des décisions médicales en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients en pareilles circonstances. Cette recommandation a été transmise à la Direction des services professionnels.

Dans le cas du décès d'une dame âgée de 72 ans à la suite d'une ischémie mésentérique, il a été recommandé de prévoir une simulation de réanimation cardio-respiratoire afin de maintenir les compétences et connaissances du personnel. Un plan prévoyant des simulations annuelles a été élaboré.

Dans le cas d'une usagère de 31 ans, décédée par suicide, il a été recommandé :

- Que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme du Centre intégré de santé et des services sociaux des Laurentides examine le dossier de l'usagère afin qu'il assure l'analyse des actes médicaux posés pour que des mesures soient prises en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Cette recommandation a été transmise au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.
- Que l'établissement organise un suivi structuré après un congé psychiatrique notamment en établissant des modalités de références à un médecin psychiatre, à un centre de crise, à l'infirmière de liaison en santé mentale de l'urgence, à la clinique externe de psychiatrie ainsi qu'à des organismes spécialisés. Un plan d'action pour l'arrimage des services lors de la consultation à l'urgence a été élaboré.

Dans le cas du décès d'un usager de 38 ans à la suite d'une embolie pulmonaire massive, il a été recommandé d'évaluer la qualité des soins prodigués à l'usager. Cette recommandation a été transmise au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.

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

Pour l'année 2018-2019 le programme de prévention et contrôle des infections (PCI) s'est donné pour objectif de revoir sa structure de gouvernance, ainsi que certains de ses processus de vigie en matière de surveillance des infections nosocomiales.

Structure de gouvernance

La composition du comité stratégique de PCI a été révisée, ainsi que son mandat. L'objectif étant de lui permettre d'être davantage en mesure d'exercer un pouvoir décisionnel.

Celui-ci s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année. Rappelons que celui-ci est également soutenu par les comités suivants :

- Comités opérationnels (4) par regroupement territorial;
- Un comité tactique pour le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), qui lui aussi a été révisé, afin d'y inclure davantage de participants provenant des unités de soins des différents centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Surveillance des infections nosocomiales

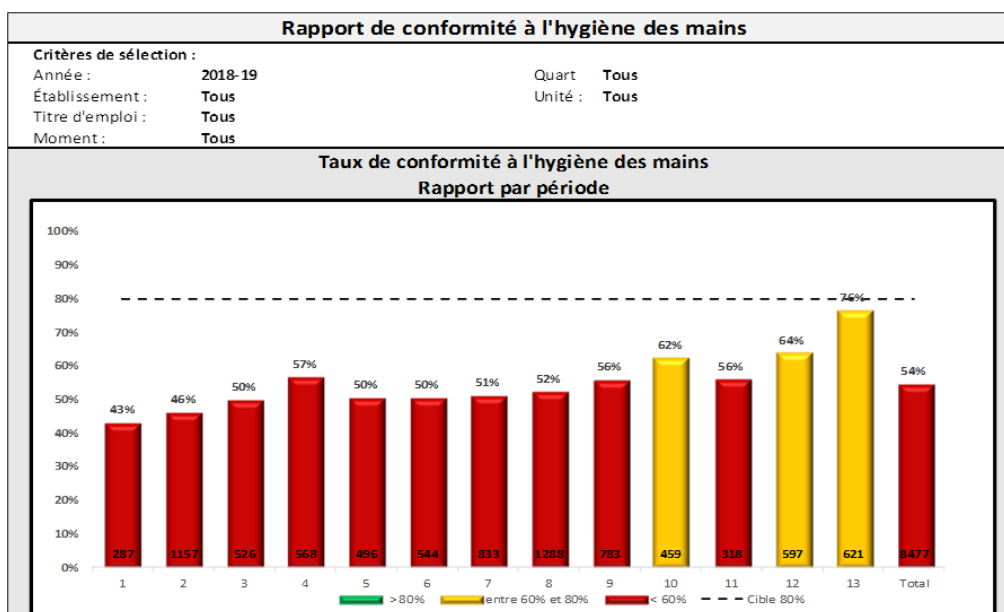
Rappelons d'abord la mise en place, en 2017-2018 d'un tableau de bord, permettant la surveillance de quatre bactéries : Clostridium Difficile, Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), Staphylocoque auréus résistant à la méticilline (SARM) ainsi que les bacilles à gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC).

L'année 2018-2019 aura permis d'expérimenter davantage cet outil et de cerner des pistes d'amélioration. Les indicateurs du tableau de bord ont donc été révisés afin de les raffiner et de permettre une interprétation plus facile de ces données. La nouvelle présentation permet également de mieux refléter la situation de nos différents centres hospitaliers.

En termes de résultats, nous avons été en mesure de respecter notre cible en ce qui concerne le SARM et de pratiquement atteindre celle fixée pour le CDifficile.

Alors que les efforts et différentes mesures mises en place pour le ERV et les BGNPC ont permis d'être en constante diminution.

L'hygiène des mains



Le taux moyen de conformité pour 2018-2019 est de 54 %, on parle d'une amélioration de 4 % comparativement aux résultats de l'année précédente (50 %). Un outil informatisé a permis de sensibiliser le personnel et de recueillir davantage d'audits. Au cours de l'année 2018-2019, 8477 observations ont été réalisées. Cet outil a été implanté graduellement dans chacune des unités du CISSS, et ce, depuis le 1^{er} avril 2018. Une augmentation graduelle du taux de conformité périodique est observée au cours de l'année et nous avons même réussi à atteindre un taux 76 % à la période 13. Nos efforts vont se poursuivre et seront appuyés par une campagne de sensibilisation au courant de l'année 2019-2020, afin d'atteindre la cible ministérielle de 80 % en 2020.

MESURES DE CONTRÔLE

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

Une étape importante a été franchie cette année avec l'adoption du *Protocole sur l'application des mesures de remplacement et l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle* par le conseil d'administration le 7 novembre 2018. De plus, le comité de coordination clinique a approuvé que le comité tactique devienne un comité permanent afin d'assurer le déploiement de la politique et des procédures qui y sont associées, de même qu'une vigie quant à l'utilisation des mesures de contrôle.

Durant l'année, les directions cliniques ont d'ailleurs finalisé la rédaction de leur procédure d'application respective. Issues des travaux d'harmonisation débutés en 2016, elles permettront de finaliser les plans de formation et de mettre en place les mécanismes de surveillance requise dans leur secteur respectif.

En parallèle, les intervenants et les gestionnaires ont poursuivi leurs efforts afin de mettre en œuvre des stratégies pour favoriser l'application des mesures de remplacement adaptée à leur clientèle et de s'assurer que l'utilisation des mesures de contrôle soit exceptionnelle et en dernier recours.

Priorités de la prochaine année

- Déploiement des procédures d'application dans les directions cliniques;
- Soutenir les directions cliniques dans le déploiement de leur formation respective;
- Poursuivre les travaux afin d'établir un processus intégré d'évaluation de la qualité.

Faits saillants de 2018-2019

- À la Direction du programme Jeunesse (DJ), les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA), font face à une augmentation significative du nombre de jeunes admis et presque l'ensemble des unités de vie sont en situation de surnombre. Malgré tout, on constate une diminution importante du nombre d'isolements, soit une diminution de 32 % comparativement à l'année 2017-2018. Pour plus de détails sur le nombre d'isolements et de contentions recensé depuis les deux dernières années, se référer au tableau ci-dessous.

Nombre d'isolements		Nombre de contentions	
2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019
203	138	1153	1160

La diffusion de la procédure assurera la poursuite de l'amélioration des pratiques et le suivi dans l'ensemble des secteurs de la DJ. D'ailleurs, les heures de formation sont déjà prévues au plan de développement des ressources humaines (PDRH) 2019-2020 pour l'ensemble du personnel en CRJDA.

- À la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP), le comité sectoriel interdisciplinaire qui avait contribué à l'élaboration de la procédure et des formulaires, est dorénavant un comité permanent. Dans la pratique, des enjeux demeurent quant au nombre et à la diversité des professionnels habilités à décider de l'application d'une mesure de contrôle. De plus, les membres du comité croient qu'il y a une sous-déclaration du nombre de mesures ayant réellement cours dans certains secteurs. Cette situation devrait se corriger avec le déploiement de la procédure.

Voici un aperçu des statistiques récoltées. Durant l'année 2018-2019, 20 mesures de contrôle ont été estompées ou retirées pour 18 usagers en DI-TSA. Le tableau suivant fait état du nombre et du type de mesure de contrôle en application dans un contexte planifié pour l'ensemble du programme à ce jour.

Nombre de mesures planifiées/ type de mesures	41 pour 31 personnes en DI-TSA	6 pour 3 personnes en DP
Contention mécanique	21	6
Contention force humaine	14	
Isolement	6	

- À la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), la consolidation des meilleures pratiques s'est poursuivie tout au long de l'année. En mars 2019, une procédure unifiée regroupant les 3 secteurs, soit les CHSLD, les ressources non institutionnelles (RNI) et le soutien à domicile, fut élaborée, et ce, en conformité avec le protocole CISSS. Cette procédure met l'accent sur les mesures de remplacement ainsi que sur des interventions proactives plutôt que réactives. Le taux régional d'utilisation de mesures de contrôle physique en CHSLD a continué de diminuer. En effet, il était de 9 % en décembre 2017 comparativement à 6,5 % en décembre 2018. En 2019, de la formation aura lieu pour l'intégration de la nouvelle procédure et les efforts se poursuivront afin de promouvoir les mesures de remplacement plutôt que l'utilisation de mesures de contrôle.
- En santé physique, les équipes sont déjà à pied d'œuvre afin de bâtir les outils servant au déploiement de la formation. L'identification d'agents multiplicateurs interdisciplinaires a déjà débuté et une réflexion a été amorcée concernant l'utilisation sécuritaire et selon les normes des équipements reliés aux mesures de remplacement et mesures de contrôle.
- En santé mentale, à la suite du déploiement de la procédure d'application sur l'unité de soins de Saint-Jérôme, les efforts se poursuivent sur les unités de soins de Rivière-Rouge et Des Sommets. Les résultats de Saint-Jérôme sont fort encourageants, puisqu'il y a une diminution importante du recours aux mesures de contrôle (isolement : -76 %, contentions : -11 %). La direction soutient ses efforts en réalisant, notamment, des audits de qualité et de conformité afin de mesurer et s'assurer des changements de pratiques cliniques. Dans le même ordre d'idée, elle prévoit travailler à la standardisation de la saisie des données afin d'améliorer la mesure, l'identification des écarts et, par le fait même, corriger et améliorer les pratiques en conformité avec le protocole de l'établissement.

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

Faits saillants

Au cours de l'année 2018-2019, 2 497 dossiers ont été traités par l'équipe du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services lesquels ont générés 468 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 :

- Rappeler au personnel, œuvrant au triage, l'importance de respecter les délais prescrits par l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour réaliser les évaluations et réévaluations, incluant notamment la prise des signes vitaux et l'évaluation de la douleur, et ce, quel que soit l'achalandage à l'urgence;
- Faire de l'amélioration de l'accessibilité à la clinique de la douleur, une priorité organisationnelle;
- Poursuivre les démarches amorcées afin de bonifier l'offre de service par l'implantation d'une seconde clinique d'allaitement régionale de 2^e ligne d'ici avril 2019;
- Revoir la procédure de choix de chambre afin de s'assurer que tous les usagers effectuent leur choix de chambre au moment de leur admission et y préciser la durée de validité du choix exprimé par l'usager;
- Rappeler au personnel infirmier les procédures reliées à la surveillance clinique des usagers adultes recevant un opiacé et des usagers à risque de déclin fonctionnel;
- Rappeler au personnel leur obligation quant au respect des règles de confidentialité en évitant la discussion de cas en présence d'autres usagers;
- Rappeler au personnel le droit des usagers de porter plainte, et ce, en toute confidentialité;
- Élaborer de concert avec le département de pharmacie une procédure pour s'assurer du respect de la prescription concernant tout médicament non prévu au formulaire des médicaments de l'établissement;
- Rappeler au personnel de s'identifier auprès des usagers par le port de la carte d'identification du CISSS des Laurentides en tout temps.

Traitement des insatisfactions

915	Nombre de plaintes conclues
325	Nombre d'interventions conclues
1 007	Nombre d'assistances conclues auprès des usagers
150	Nombre de consultations conclues
100	Nombre de plaintes médicales conclues
2 497	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

- Les soins et services dispensés : 25 %
- L'accessibilité aux soins et aux services : 24 %
- Les relations interpersonnelles : 20 %

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 aînés¹.

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.

Au cours de cet exercice, 85 dossiers ont été traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour lesquels 15 recommandations ou engagements ont été formulés dans le but de faire cesser les situations d'abus.

Recours au Protecteur du citoyen

Pour l'année 2018-2019, 64 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen pour étude, soit 7 % de nos dossiers de plaintes. Vingt-huit dossiers ont été conclus par cette instance, dont 22 dossiers (78 %) ont fait l'objet d'un traitement appuyant les conclusions de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Six de ces 28 dossiers ont reçu au total 17 recommandations d'amélioration. L'ensemble de ces recommandations a été accueilli favorablement par les directions concernées.

Exemples de recommandations formulées

- 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.
- Rappeler au personnel de l'urgence l'importance de respecter les délais de réévaluation exigés par l'Échelle canadienne de triage et de gravité.
- Prendre les mesures nécessaires afin que l'application d'une mesure de contrôle, notamment les attaches aux poignets et aux chevilles, fasse l'objet d'une surveillance étroite afin de minimiser les conséquences liées à son utilisation.
- Rappeler aux membres du personnel infirmier des soins intensifs qu'une blessure ou toute autre conséquence néfaste liée à l'utilisation de la mesure de contention doivent être consignées dans un rapport de déclaration d'incident ou d'accident et divulguée à l'utilisateur ou à son représentant.

Par ailleurs, le Protecteur du citoyen a ouvert cinq dossiers d'intervention portant spécifiquement sur l'offre de service de soins psychiatriques aux personnes incarcérées, sur le comportement des agents de sécurité dans un centre hospitalier de la région, sur l'application du Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination, sur la qualité des soins des usagers en soins palliatifs en attente de prise en charge à l'urgence et sur la gestion des médicaments dans les centres de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

Un dossier d'intervention spéciale impliquant plusieurs CISSS et CIUSSS du Québec visait à documenter les difficultés d'accès aux services d'hébergement public. La Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées a collaboré à cette intervention spéciale pour laquelle nous sommes en attente du rapport final.

Exemples de recommandations formulées

- Mettre en place la procédure sur les corridors de service entre l'Hôpital régional et l'établissement de détention de Saint-Jérôme.
- Rappeler au personnel infirmier au triage de l'urgence l'importance de considérer la condition globale des personnes recevant des soins palliatifs lors de l'évaluation de la pertinence de les installer sur une civière ou sur un fauteuil gériatrique.
- Effectuer des audits de qualité des fiches d'enregistrement des médicaments dans chacun des campus d'hébergement pour jeunes en difficulté d'adaptation et, le cas échéant, mettre en place des mesures correctives appropriées.

¹ Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement (mission centre hospitalier)

	Mission centre hospitalier					
	ST-JÉRÔME	LDDM	ARGENTEUIL	DES SOMMETS	ANTOINE-LABELLE	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive	1164	770	17	242	95	2288
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	948	644	17	183	81	1873
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	41	()	()	()	()	53
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	40	()	()	6	()	55
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire par l'établissement	45	()	()	6	()	60
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	634	6	()	50	41	734
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	520	6	()	42	37	608
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	369	10	()	41	32	454
Nombre d'usagers différents mis sous garde tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)	1111	641	15	142	90	1999

() : nombre trop petit pour en permettre la publication, mais ceux-ci sont inclus dans les totaux.



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 à l'adresse : www.santelaurentides.gouv.qc.ca.

L'information et la consultation de la population

Responsable de fournir aux citoyens des renseignements concernant les services offerts sur son réseau local de services, le CISSS des Laurentides continue à déployer des actions de communication pour s'acquitter de sa mission.

Parmi les principales :

Le nouveau site Internet www.santelaurentides.gouv.qc.ca, mis en ligne depuis mai 2018 est très populaire.

- En moyenne 10 000 visiteurs par semaine;
- Près de 35 000 visites par mois.

Le site Internet a été amélioré pour faciliter l'accès aux soins et services. À cet égard et à titre d'exemple, les comités des usagers et comités de résidents bénéficient dorénavant d'une visibilité accrue, ce qui soutient en outre le recrutement de membres. Par ce truchement, la clientèle y trouve un mécanisme pour faire part de sa satisfaction. Sur ce même élan d'amélioration, un bandeau informationnel a été mis en place à la page d'accueil du site Web, ce qui permet de fournir de l'information instantanée sur un sujet ou un événement.

La section « demande d'information générale » connaît toujours du succès. On dénombre en moyenne 20 demandes de renseignement et commentaires par semaine.

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 activement les médias sociaux :

- 2232 abonnés à la page Facebook;
- 933 abonnés à la page LinkedIn;
- 30 abonnés au compte Twitter (créé en avril 2019).

Les 30 écrans dynamiques du CISSS des Laurentides constituent aussi une source d'information pour la clientèle et la population. En outre, la population est invitée à venir entendre ce que les membres du conseil d'administration présentent et à poser des questions lors de toutes les séances ordinaires du conseil. Cette invitation est faite par le biais d'avis publics publiés au moins 15 jours avant la date de la séance ordinaire.

Participation de l'utilisateur

Cette approche vise la participation des usagers et de leurs proches à tous les niveaux de la gouvernance, mais également en tant que partenaires des soins et des services qui leur sont offerts. Nous travaillons à ce que les usagers soient membres actifs de l'équipe de soins et de services mais qu'ils puissent aussi contribuer à différents comités d'amélioration continue. Dans la dernière années, 52 usagers partenaires ont participé à des comités de travail 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 (www.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 concernant les soins de fin de vie* se sont poursuivis au courant de la dernière année (2018-2019), notamment par de la consolidation et la révision de certains processus ainsi que par l'initiation de nouveaux projets visant à répondre davantage aux besoins des usagers en fin de vie ou de leur proche indiqués ci-dessous.

- Amorçage de la mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance en soins palliatifs et de fin de vie pour développer un continuum de soins et service répondant non seulement aux priorités ministérielles, mais encore plus aux besoins de notre clientèle.
- Actualisation du processus d'agrément des maisons de soins palliatifs.
- Formation sur la Loi 2 relative aux soins de fin de vie et aux soins palliatifs (volet 1):
 - 46 intervenants formés en présence;
 - 52 intervenants ont visionné au moins une des vidéos de formation disponible en ligne.
- Formation générale en soins de fin de vie de l'équipe interdisciplinaire en provenance des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées et santé physique générale et spécialisée (volet 2):
 - 78 intervenants formés.
- Formation spécifique en soins de fin de vie (volet 3):
 - 202 préposés aux bénéficiaires et auxiliaires aux services de santé et sociaux formés en soins de fin de vie, en suivi de la mise en place du programme de mentorat de l'an dernier;
 - 47 infirmières auxiliaires formées dans le cadre de la révision et de la refonte du format de mentorat en soins de fin de vie pour les infirmières auxiliaires visant à augmenter la diffusion de la formation spécifique.
- 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 de fin de vie en fonction de la pertinence pour les milieux de soins.
- Diffusion de la Procédure de demande d'accès au registre des directives médicales anticipées aux intervenants de l'établissement.
- Lettre aux médecins de famille du territoire pour promouvoir les directives médicales anticipées et encourager l'utilisation du registre.
- Validation d'un protocole de surveillance de la sédation palliative continue.
- Recrutement et formation de nouveaux répondants locaux pour le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) et recrutement de nouveaux membres.
- Accompagnement par le GIS des équipes de soins et services (centres hospitaliers, soins à domicile, centres d'hébergement) :
 - 128 demandes d'aide médicale à mourir.
- Révision et diffusion des documents de référence sur l'aide médicale à mourir suite à la diffusion du Guide révisé du collège des médecins du Québec (nov 2017) et l'implantation des formulaires électroniques de déclaration (nov 2018).

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	3530
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	73*
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	114*
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	94*
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs : <ul style="list-style-type: none"> • Décès avant la fin de l'évaluation (7*) • Ne répondait pas aux conditions / critères d'admissibilité (4*) • Perte de l'aptitude/de réponse aux critères d'évaluation en cours de processus d'évaluation (4*) • Retrait de la demande / Changement d'avis (3*) • Décès de l'utilisateur avant l'administration (1) • Traitement non terminé (1) 	20*

* Données comptabilisées entre le 10 décembre 2017 et le 31 mars 2019



Les ressources humaines

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

Les ressources humaines de l'établissement

Personnel cadre (en date du 31 mars 2019)	
Temps complet, nombre de personnes	349
Temps partiel, nombre de personnes	22
ETC (t. partiel)	18,65
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	0

Personnel régulier (en date du 31 mars 2019)	
Temps complet, nombre de personnes	5912
Temps partiel, nombre de personnes	3591
ETC (t. partiel)	2 213,08
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4

Personnel non détenteur de poste (occasionnels)	
Nombre de personnes	3411

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 période d'avril 2018 à mars 2019, le Secrétariat du Conseil du Trésor a fixé une cible de réduction de 1 % par rapport au nombre total d'heures rémunérées d'avril 2014 à mars 2015.

Dans notre établissement pour la dernière année, c'est une augmentation des heures travaillées de 6,1 % qui est constatée. Cet écart provient d'une part des nombreux projets de développements. D'ailleurs, pour toutes les sous-catégories d'emploi, une augmentation est constatée, particulièrement chez les professionnelles où un pourcentage de 25 % en comparaison avec les heures travaillées de 2014 est remarqué.

En surplus des développements, l'augmentation du nombre d'heures s'explique aussi par le nombre important d'absences en assurance d'assurance salaire et de CNESST. À cet égard, l'établissement a entrepris de grands projets favorisant la présence au travail qui s'ajoute au plan d'action adopté l'an dernier, tels 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, notamment avec l'arrivée d'une ergothérapeute.

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

11045283 - CISSS des Laurentides

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Total des heures rémunérées 2014-04-06 au 2019-03-30 (Comparaison sur 364 jours pour avril à mars)					
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Variation de 2014 à 2018
1 - Personnel d'encadrement	872 181	794 186	730 709	673 065	661 840	(24,1 %)
2 - Personnel professionnel	2 342 829	2 453 493	2 704 829	2 829 523	2 928 222	25,0 %
3 - Personnel infirmier	5 732 551	5 764 983	5 898 534	6 074 433	6 198 139	8,1 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	9 106 760	9 044 675	9 268 579	9 121 219	9 427 508	3,5 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 717 953	1 686 589	1 711 273	1 719 673	1 762 818	2,6 %
6 - Étudiants et stagiaires	32 321	33 437	22 531	21 217	28 869	(10,7 %)
Total du personnel	19 804 594	19 777 363	20 336 455	20 439 131	21 007 396	6,1 %

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019

20 617 728

Écart à la cible

389 668

Écart à la cible en %

1,9%

11045283 - CISSS des Laurentides		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
		Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	870 963	1 218	872 181	481	576
	2015-16	792 751	1 435	794 186	437	534
	2016-17	729 450	1 259	730 709	402	478
	2017-18	672 473	592	673 065	371	442
	2018-19	660 957	883	661 840	364	432
	Variation	(24,1 %)	(27,5 %)	(24,1 %)	(24,2 %)	(25,0 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	2 333 633	9 196	2 342 829	1 298	1 698
	2015-16	2 444 440	9 053	2 453 493	1 359	1 864
	2016-17	2 691 901	12 928	2 704 829	1 498	1 940
	2017-18	2 814 068	15 455	2 829 523	1 567	2 029
	2018-19	2 913 143	15 079	2 928 222	1 623	2 126
	Variation	24,8 %	64,0 %	25,0 %	25,1 %	25,2 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	5 505 642	226 909	5 732 551	2 965	4 091
	2015-16	5 563 192	201 791	5 764 983	2 993	4 080
	2016-17	5 668 822	229 712	5 898 534	3 040	4 153
	2017-18	5 824 054	250 379	6 074 433	3 123	4 246
	2018-19	5 910 932	287 207	6 198 139	3 170	4 296
	Variation	7,4 %	26,6 %	8,1 %	6,9 %	5,0 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	8 943 505	163 255	9 106 760	4 919	6 864
	2015-16	8 896 490	148 185	9 044 675	4 895	6 860
	2016-17	9 091 130	177 449	9 268 579	5 007	6 997
	2017-18	8 924 716	196 503	9 121 219	4 915	7 046
	2018-19	9 189 511	237 998	9 427 508	5 060	7 269
	Variation	2,8 %	45,8 %	3,5 %	2,9 %	5,9 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 702 458	15 495	1 717 953	868	1 354
	2015-16	1 667 291	19 298	1 686 589	850	1 308
	2016-17	1 696 611	14 662	1 711 273	865	1 335
	2017-18	1 701 325	18 348	1 719 673	867	1 371
	2018-19	1 742 990	19 828	1 762 818	888	1 434
	Variation	2,4 %	28,0 %	2,6 %	2,4 %	5,9 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	32 263	57	32 321	18	123
	2015-16	33 371	65	33 437	18	142
	2016-17	22 473	58	22 531	12	89
	2017-18	21 152	66	21 217	12	81
	2018-19	28 791	77	28 869	16	108
	Variation	(10,8 %)	34,8 %	(10,7 %)	(10,7 %)	(12,2 %)
Total du personnel	2014-15	19 388 463	416 131	19 804 594	10 548	14 238
	2015-16	19 397 536	379 827	19 777 363	10 553	14 325
	2016-17	19 900 386	436 069	20 336 455	10 825	14 549
	2017-18	19 957 788	481 344	20 439 131	10 854	14 783
	2018-19	20 446 324	561 072	21 007 396	11 122	15 191
	Variation	5,5 %	34,8 %	6,1 %	5,4 %	6,7 %



Les ressources financières

- Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
- L'équilibre budgétaire
- Les contrats de service
- L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

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	18 756 736 \$	1,63%	19 676 607 \$	1,59%	919 871 \$	-0,04%
Services généraux-Activités cliniques et d'aide	48 878 124 \$	4,26%	53 526 802 \$	4,34%	4 648 678 \$	0,08%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	200 401 740 \$	17,47%	225 444 878 \$	18,26%	25 043 138 \$	0,80%
Déficience physique	39 810 190 \$	3,47%	44 957 154 \$	3,64%	5 146 964 \$	0,17%
Déficience intellectuelle et TSA	62 327 761 \$	5,43%	66 213 363 \$	5,36%	3 885 602 \$	-0,07%
Jeunes en difficultés	94 660 997 \$	8,25%	100 045 011 \$	8,10%	5 384 014 \$	-0,15%
Dépendances	5 748 349 \$	0,50%	5 659 377 \$	0,46%	(88 972) \$	-0,04%
Santé mentale	71 232 329 \$	6,21%	78 095 191 \$	6,33%	6 862 862 \$	0,12%
Santé physique	377 113 086 \$	32,87%	404 338 149 \$	32,75%	27 225 063 \$	-0,11%
Optilab	12 107 228 \$	1,06%	11 653 126 \$	0,94%	(454 102) \$	-0,11%
Programmes soutien						
Administration	58 876 352 \$	5,13%	57 773 672 \$	4,68%	(1 102 680) \$	-0,45%
DRILL	7 563 928 \$	0,66%	3 776 848 \$	0,31%	(3 787 080) \$	-0,35%
Soutien aux services	81 737 379 \$	7,12%	87 052 127 \$	7,05%	5 314 748 \$	-0,07%
Gestion des bâtiments et des équipements	68 198 400 \$	5,94%	76 231 478 \$	6,18%	8 033 078 \$	0,23%
Total des charges brutes	1 147 412 599 \$	100,00%	1 234 443 783 \$	100,00%	87 031 184 \$	0,00%

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 2019 le CISSS des Laurentides présente un surplus de 13 439 320 \$ constitué de :

Fonds d'exploitation	10 723 661 \$
Fonds d'immobilisations	2 715 659 \$

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 2018 au 31 mars 2019

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 2018-2019. 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	305 695,00 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	16	10 082 121,84 \$
Total des contrats de services	22	10 387 816,84 \$

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

Signification des codes : Colonne 3 «

Nature » :

R : Réserve **O : Observation** **C : Commentaire** Colonne 5,6 et 7

« État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Année 2017-18	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018			
			R 5	PR 6	NR 7	
	3	4				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et						
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	R	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						
DS et SJE La direction n'a pas procédé à une évaluation globale des risques de fraude	2009-10	O	Au cours de l'exercice 2018-2019, nous avons poursuivi la révision des processus globaux, également une évaluation des risques de l'établissement est effectuée et révisée régulièrement.	X		
DS Aucun manuel de procédures pour le département des finances	2011-12	O	La direction des ressources financières possède maintenant un manuel des principales procédures.	X		
STJ Il n'existe pas de processus anonyme reconnu qui permet au comité de vérification de recueillir et d'évaluer les préoccupations des employés concernant les pratiques douteuses ou les plaintes sur la comptabilisation et l'information financière.	2009-2010	C	Une politique donnant suite à l'entrée en vigueur de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics (entrée en vigueur le 1 mai 2017) a été présenté au conseil d'administration du 10 avril 2019	X		

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Paiements de transfert devant être versés par le MSSS à l'établissement relatif à des immobilisations acquises au 31 mars, non comptabilisés à l'état des résultats et à l'état de la situation	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 Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public il s'agit plutôt de contrats de location-	2011-12	R	Aucune mesure n'a été prise nous sommes en attente du MSSS			X
Non respect de l'article 4 de la <i>Loi sur l'équilibre budgétaire</i> .	2000-01	R		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 2018 au 31 mars 2019.



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 162 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 2018-2019, le CISSS s'est vu octroyer de la part du MSSS un budget de rehaussement de 790 500 \$ 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 2018-2019

	Versement total 2017-2018	Versement total 2018-2019
Catégorie A - ALCOOLISME / TOXICOMANIE ET AUTRES DÉPENDANCES		
Groupe JAD	78 279 \$	79 531 \$
Unité-Toxi des Trois-Vallées (L)	19 194 \$	24 501 \$
Maison Lyse-Beauchamp (Ressource d'hébergement communautaire)	204 505 \$	221 491 \$
Regroupement en toxicomanie Prisme	154 534 \$	157 007 \$
Sablier	85 359 \$	86 725 \$
Tangage des Laurentides	85 848 \$	95 222 \$
Unité Domrémy de Ste-Thérèse inc.	161 148 \$	169 726 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie A	788 867 \$	834 203 \$
Catégorie B - CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ, FAMILLE		
6e jour inc. (Centre Marie-Eve)	185 632 \$	202 738 \$
Centre de la famille des Hautes-Laurentides	4 078 \$	13 208 \$
Grands-Parents Tendresse	74 505 \$	75 697 \$
Maison de la famille de Ste-Anne-des-Plaines	950 \$	1 113 \$
Maison de la famille des Pays-d en-Haut (La)	950 \$	1 113 \$
Maison de la famille du Nord (La)	950 \$	1 113 \$
Petite Maison de Pointe-Calumet (La)	950 \$	1 113 \$
Maison Parenfant des Basses-Laurentides inc.	950 \$	1 113 \$
Maison Pause Parent	9 199 \$	7 300 \$
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	166 285 \$	175 126 \$
Nourri-Source - Laurentides	67 905 \$	84 705 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie B	512 354 \$	564 339 \$
Catégorie C - DÉFICIENCE PHYSIQUE		
Association de la fibromyalgie des Laurentides	160 209 \$	175 486 \$
Association des parents d enfants handicapés des Hautes-Laurentides	25 683 \$	26 094 \$
Association des personnes avec problèmes auditifs des Laurentides	278 763 \$	294 937 \$
Association des personnes handicapées Clair Soleil	80 053 \$	81 334 \$
Association des personnes handicapées de la Rivière du Chêne	24 596 \$	24 990 \$
Centre d aide personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques Lt des	278 411 \$	289 500 \$
Dysphasie Laurentides	151 209 \$	166 342 \$
Groupe relève pour personnes aphasiques/AVC Laurentides G.R.P.A.A.L.	212 088 \$	216 901 \$
Maison des parents d enfants handicapés des Laurentides (LA)	60 449 \$	61 416 \$
Regroupement des handicapés visuels des Laurentides (RHVL)	160 210 \$	162 773 \$
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier (Le Prisme)	51 473 \$	52 297 \$
Service Régional d Interprétariat de Lanaudière (SRIL)	137 419 \$	139 618 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques Section Laurentides	57 701 \$	58 624 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie C	1 678 264 \$	1 750 312 \$
Catégorie D - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE		
Acco-Loisirs inc.	132 276 \$	142 892 \$
Association des parents d enfants handicapés des Hautes-Laurentides	41 243 \$	47 903 \$
Association des personnes handicapées Clair Soleil	99 334 \$	106 423 \$
Association des personnes handicapées intellectuelles des Laurentides (APHIL)	152 528 \$	162 748 \$
Atelier Altitude inc.	177 241 \$	186 077 \$
Libellule, pers.vivant avec déf. intel. et spectre de l'autisme adulte et leurs proches	354 117 \$	356 983 \$
Maison des parents d enfants handicapés des Laurentides (LA)	108 709 \$	121 082 \$
Papillons de Nomingue inc. (Les)	119 911 \$	128 806 \$
Parrainage civique Basses-Laurentides	69 868 \$	70 986 \$
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier (Le Prisme)	69 083 \$	78 648 \$
Société de l autisme S.A.R. Laurentides	224 949 \$	236 548 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie D	1 549 259 \$	1 639 096 \$

Versement total 2017-2018	Versement total 2018-2019
---------------------------------	---------------------------------

Catégorie G - SANTÉ MENTALE

Alternatives Laurentides	8 071 \$	8 200 \$
Association Laurentienne des proches de la personne atteinte de maladie mentale inc	262 519 \$	275 219 \$
Association Panda Thérèse-De Blainville et des Laurentides	165 394 \$	175 540 \$
Atelier Ensemble on se tient	253 810 \$	257 695 \$
C.E.S.A.M.E. Centre pour l'enfance en santé mentale Deux-Montagnes	170 991 \$	179 727 \$
Centre aux sources d'Argenteuil	200 338 \$	209 043 \$
Centre prévention suicide le Faubourg	595 775 \$	607 443 \$
Collectif des Laurentides en santé mentale	52 071 \$	58 418 \$
Droits et recours Laurentides	225 390 \$	240 081 \$
Groupe La Licorne MRC Thérèse-De Blainville	264 431 \$	268 662 \$
Arc-en-Soi, centre de prévention et d'intervention en santé mentale (L)	230 789 \$	234 482 \$
Groupe Harfang des Neiges des Laurentides (Le)	291 826 \$	296 495 \$
Échelon des Pays d'en Haut inc. (L)	178 226 \$	186 961 \$
Hébergement Fleur de Macacam	- \$	41 016 \$
L'Envolée, ressource alternative en santé mentale	168 411 \$	171 106 \$
Maison Clothilde	166 617 \$	175 283 \$
Panda Basses-Laurentides sud-ouest	160 093 \$	168 654 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie G	3 394 752 \$	3 554 025 \$

Catégorie H - CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE (CAB)

Centre d'action bénévole d'Argenteuil	46 450 \$	47 193 \$
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc	63 558 \$	64 458 \$
Centre d'action bénévole Saint-Jérôme inc.	48 108 \$	48 878 \$
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut inc.	265 772 \$	258 889 \$
Action bénévole de la Rouge (L)	41 530 \$	42 194 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie H	465 418 \$	461 612 \$

Catégorie J - PERSONNES AGÉES

Atelier des Aînés de la M.R.C. Rivière-du-Nord	36 138 \$	37 041 \$
L'Antr'aidant	40 105 \$	52 461 \$
Maison Aloïs Alzheimer des Laurentides	220 768 \$	229 300 \$
Mouvement Entraide de Bellefeuille (M.E.B.)	122 705 \$	124 588 \$
Prévoyance envers les aînés des Laurentides inc.	38 000 \$	55 122 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie J	457 716 \$	498 512 \$

Catégorie L - PERSONNES DÉMUNIES

Amie du quartier	122 609 \$	130 331 \$
Café communautaire I Entre-gens de Ste-Adèle, Comté Rousseau	109 897 \$	121 643 \$
Café coup de cœur	- \$	35 000 \$
Café Partage d'Argenteuil	- \$	51 140 \$
Centre communautaire de Ferme-Neuve	51 372 \$	48 157 \$
Centre de la Famille du Grand Saint-Jérôme	167 303 \$	175 980 \$
Centre d'entraide Argenteuil	190 322 \$	203 231 \$
Centre d'entraide Racine-Lavoie	178 612 \$	189 210 \$
Centre d'entraide Thérèse-De Blainville inc.	111 702 \$	119 489 \$
Comité d'aide alimentaire des Patriotes	47 157 \$	50 084 \$
Comptoir d'entraide de Labelle	22 864 \$	23 230 \$
Garde-Manger des Pays-d'en-Haut/Partage Amitié	64 451 \$	80 276 \$
Maison d'entraide de Prévost (La)	18 600 \$	18 600 \$
Rencontre de Ste-Marguerite du Lac Masson (La)	63 737 \$	68 374 \$
Ecluse des Laurentides (L)	231 362 \$	241 564 \$
Manne du jour	88 691 \$	91 454 \$
Moisson Laurentides	166 360 \$	172 986 \$
Montagne d'Espoir (La)	- \$	45 108 \$
Ressources communautaires Sophie	38 594 \$	46 712 \$
Resto Pop Thérèse-De Blainville	45 449 \$	54 617 \$
Les Serres de Clara	- \$	35 000 \$
Services d'entraide Le Relais	- \$	54 608 \$
Soupe et Compagnie des Pays-d'en-Haut	56 393 \$	67 052 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie L	1 775 475 \$	2 123 846 \$

Subventions versées aux organismes communautaires

Année financière 2018-2019

	Versement total 2017-2018	Versement total 2018-2019
Catégorie N - ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT ET CENTRES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE		
4 Korers Family Resource Center / Centre de ressources familiales 4 Korers	57 285 \$	70 916 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie N	57 285 \$	70 916 \$
Catégorie O - VIH - SIDA		
Centre Sida Amitié	254 571 \$	280 398 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie O	254 571 \$	280 398 \$
Catégorie Q - CONCERTATION ET CONSULTATION GÉNÉRALE		
Regroupement des organismes communautaires des Laurentides	213 307 \$	224 220 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie Q	213 307 \$	224 220 \$
Catégorie R - MAINTIEN À DOMICILE		
Action bénévole de la Rouge (L)	137 475 \$	144 675 \$
Association des Abeilles actives de Notre-Dame-du-Laus	19 444 \$	19 755 \$
Association Régionale de Loisirs pour Personnes Handicapées des Laurentides	105 000 \$	180 000 \$
Centre d'action bénévole d'Argenteuil	272 618 \$	276 980 \$
Centre d'action bénévole Laurentides	276 189 \$	275 354 \$
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc	202 925 \$	201 092 \$
Centre d'action bénévole les artisans de l'aide	316 414 \$	321 417 \$
Centre d'action bénévole Saint-Jérôme inc.	258 370 \$	262 504 \$
Centre d'action bénévole Solange-Beauchamp inc.	318 667 \$	323 766 \$
Centre d'aide et de références de Sainte-Anne-des-Plaines	119 846 \$	121 764 \$
Comité de bénévolat de Sainte-Anne-du-Lac	19 504 \$	19 816 \$
Comité de bénévolat pour s'entraider de Ferme-Neuve	19 794 \$	20 111 \$
Joyeux aînés macaziens (Les)	-	19 377 \$
Société Alzheimer des Laurentides (La)	392 420 \$	403 699 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie R	2 458 666 \$	2 590 310 \$
Catégorie S - MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES OU EN DIFFICULTÉ		
Citad'Elle de Lachute (La)	753 541 \$	765 598 \$
Maison d'Ariane (La)	770 443 \$	782 770 \$
Ombre-Elle, Maison d'aide et d'hébergement femmes victimes de violence conjugale	757 319 \$	769 436 \$
Maison d'Accueil Le Mitan inc.	762 741 \$	771 178 \$
Passe-R-Elle des Hautes-Laurentides	733 738 \$	745 478 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie S	3 777 782 \$	3 834 460 \$
Catégorie T - CENTRES DE FEMMES		
Centre de femmes Liber'Elles	50 888 \$	60 202 \$
Centre Rayons de femmes Thérèse-De Blainville	203 686 \$	206 945 \$
Colombe (La)	204 636 \$	213 058 \$
La Mouvance, Centre de femmes	203 686 \$	211 945 \$
Carrefour des femmes du Grand Lachute (Le)	231 014 \$	235 008 \$
Centre de femmes Les Unes et les Autres inc. (Le)	203 686 \$	211 945 \$
Signée femmes - Le centre de femmes	212 671 \$	219 001 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie T	1 310 267 \$	1 358 104 \$
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 Ltde (CALACS)	473 999 \$	481 583 \$
Elan, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (L)	301 569 \$	306 394 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie V	775 568 \$	787 977 \$
Catégorie W - AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL		
Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles (Parents-Unis Ltde)	281 891 \$	336 401 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie W	281 891 \$	336 401 \$
Catégorie X - AUTRES RESSOURCES POUR HOMMES		
A.C.C.R.O.C. Accueil collectif des conjoints en relation opprimante et colérique	233 886 \$	320 628 \$
Paix programme d'aide et d'intervention inc.	183 138 \$	243 068 \$
SOUS-TOTAL - Catégories X	417 024 \$	563 696 \$
Catégorie Z - ORGANISMES DE JUSTICE ALTERNATIVE		
Mesures alternatives des Basses-Laurentides	460 814 \$	468 187 \$
Mesures alternatives des Vallées du Nord	484 798 \$	492 475 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie Z	945 612 \$	960 662 \$

	Versement total 2017-2018	Versement total 2018-2019
Catégorie 1 – MAISONS DE JEUNES		
Association des maisons de jeunes de Mirabel	117 591 \$	126 732 \$
Carrefour Jeunesse Desjardins	112 455 \$	120 254 \$
Maison des jeunes de Blainville inc. (La)	110 828 \$	118 601 \$
Maison des jeunes de Grenville et agglomération (La)	104 751 \$	106 427 \$
Maison des jeunes de Labelle (La)	104 751 \$	112 427 \$
Maison des jeunes de Pointe-Calumet inc. (La)	104 751 \$	106 427 \$
Maison des jeunes de Sainte-Agathe (La)	113 177 \$	114 988 \$
Maison des jeunes d'Oka (La)	102 463 \$	108 265 \$
Avenue 12-17 (L)	102 591 \$	110 232 \$
Maison de jeunes de Brownsburg-Chatham	104 751 \$	112 427 \$
Maison des jeunes de Deux-Montagnes	112 775 \$	120 579 \$
Maison des jeunes de la Minerve	68 016 \$	72 870 \$
Maison des jeunes de la Vallée de la Rouge inc.	125 830 \$	133 343 \$
Maison des jeunes de Mont-Laurier	134 593 \$	136 746 \$
Maison des jeunes de St-Eustache inc.	123 950 \$	131 433 \$
Maison des jeunes de St-Jovite	116 425 \$	124 288 \$
Maison des jeunes des Basses Laurentides inc.	156 560 \$	163 695 \$
Maison des jeunes Rivière du Nord	123 950 \$	125 933 \$
Maison des jeunes de Sainte-Adèle	113 663 \$	121 482 \$
Maison des jeunes de Ste-Anne-des-Plaines inc.	112 389 \$	114 128 \$
Maison des Jeunes Loco Local	-	38 420 \$
Maison des jeunes St-Sauveur - Piedmont inc.	61 327 \$	62 308 \$
Maison des jeunes Sodarrid de Boisbriand Inc.	109 384 \$	117 134 \$
Univers Jeunesse Argenteuil	156 847 \$	164 297 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 1	2 593 818 \$	2 763 436 \$
Catégorie 2 - AUTRES RESSOURCES JEUNESSE		
Appartements supervisés Le Transit	31 287 \$	31 321 \$
Centre ressource jeunesse N.D.L.	58 670 \$	61 321 \$
Escouade pour l'enfance (Espace Laurentides)	160 998 \$	170 208 \$
Antré Jeunes (L)	167 248 \$	175 924 \$
Grands Frères Grandes Soeurs de la Porte du Nord	79 765 \$	87 541 \$
Parrainage civique Basses-Laurentides	41 495 \$	42 159 \$
S.O.S. Jeunesse	54 662 \$	286 581 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 2	594 125 \$	855 055 \$
Catégorie 4 - CANCER		
Albatros Mont-Laurier (MRC Antoine-Labelle)	17 848 \$	18 134 \$
Pallia-Vie (service des soins palliatifs à domicile)	183 677 \$	186 616 \$
Palliacco	40 105 \$	52 762 \$
SERCAN	89 780 \$	102 930 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 4	331 410 \$	360 442 \$
Catégorie 5 - SANTÉ PUBLIQUE		
Café Partage d'Argenteuil	43 000 \$	-
Montagne d'Espoir (La)	43 000 \$	-
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 \$
Services d'entraide Le Relais	47 500 \$	-
SOUS-TOTAL - Catégorie 5	165 980 \$	32 480 \$
Catégorie 6 - MAISONS D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE JEUNESSE		
Accueil communautaire jeunesse Le Labyrinthe	312 999 \$	326 507 \$
Maison d'hébergement Le Préfixe des Basses-Laurentides inc. (LA)	350 773 \$	362 885 \$
La Maison d'hébergement Le Petit Patro des Basses Laurentides	385 634 \$	398 804 \$
Maison d'hébergement Accueil communautaire jeunesse des Basses-Laurentides inc.	376 634 \$	389 660 \$
Maison d'hébergement jeunesse La Parenthèse	377 549 \$	390 590 \$
SOUS-TOTAL - Catégorie 6	1 803 589 \$	1 868 446 \$
Total - PSOC	26 603 000 \$	28 312 948 \$



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

Nos fondations en bref



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 reliés à l'alcool, aux drogues, aux médicaments pris sans ordonnance et au jeu.



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 procure, aux résidents des CHSLD Drapeau-Deschambault et Hubert-Maisonneuve, de l'équipement spécialisé et du transport adapté. De plus, elle aide à développer l'intérêt des résidents avec des projets comme la musicothérapie, l'animation du milieu de vie et la zoothérapie.



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.



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 de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme

La Fondation apporte son appui aux CLSC, aux CHSLD ainsi qu'à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme. Sa mission consiste à appuyer le développement des services par l'achat d'équipements médicaux, mais aussi à mettre de l'avant des programmes qui assurent le mieux-être des usagers et résidents des installations situées à Saint-Jérôme. Pour concrétiser le tout, elle met en place une variété d'activités afin de sensibiliser la population à la culture du don local.



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

La Fondation fournit des équipements de qualité à l'Hôpital Laurentien de Sainte-Agathe-des-Monts et à tout autre organisme des nombreuses municipalités du territoire des Pays-d'en-Haut et des Sommets offrant des services de santé ou des services sociaux.



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 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 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.

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 lobbying* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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="radio"/>	€	Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
<input type="radio"/>	€	Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat 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="radio"/>	€	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="radio"/>	€	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 V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

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 