



## RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018-2019



# L'HUMAIN AU CŒUR DE NOS ACTIONS

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

## **Siège social**

200, boulevard Brisebois, Châteauguay (Québec) J6K 4W8

Téléphone : 450 699-2433 | Télécopieur : 450 699-2525

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

Ce document est une réalisation du Service des communications de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) en collaboration avec toutes les directions du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Ce document est disponible en version électronique sur le site Internet et l'intranet de l'établissement.

ISBN : 978-2-550-84146-3 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-84147-0 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

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

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Préface</b>	<b>6</b> Liste des sigles et des acronymes <b>8</b> Message des autorités	<b>14</b> Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents
<b>Présentation de l'établissement et des faits saillants</b>	<b>16</b> Mission, vision, ambitions et valeurs <b>20</b> Philosophie de gestion <b>26</b> Carte du territoire <b>27</b> Installations <b>28</b> Services offerts <b>30</b> Structure de l'organisation	<b>32</b> Comité de direction <b>34</b> Conseil d'administration <b>38</b> Comités du conseil d'administration <b>56</b> Conseils et comités de l'établissement <b>66</b> Faits saillants des directions
<b>Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité</b>	<b>90</b> Entente de gestion et d'imputabilité	
<b>Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité</b>	<b>104</b> Agrément <b>105</b> Sécurité et qualité des soins et des services <b>112</b> Personnes mises sous garde	<b>113</b> Examen des plaintes et promotion des droits <b>114</b> Information et consultation de la population
<b>Application de la Politique portant sur les soins de fin de vie</b>	<b>118</b> Application de la Politique portant sur les soins de fin de vie	
<b>Ressources humaines</b>	<b>120</b> Gestion et contrôle des effectifs	
<b>Ressources financières</b>	<b>124</b> Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	<b>125</b> Équilibre budgétaire <b>125</b> Contrats de service
<b>État du suivi des réserves</b>	<b>128</b> État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	
<b>Divulgaration des actes répréhensibles</b>	<b>132</b> Divulgaration des actes répréhensibles	
<b>Annexe</b>	<b>134</b> Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration	





# PRÉFACE



# LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

## - A -

**ACMQ** Association des conseils multidisciplinaires du Québec

**AVC** Accident vasculaire cérébral

## - B -

**BOG** Blessure orthopédique grave

## - C -

**CA** Conseil d'administration

**CEC** Comité d'éthique clinique

**CECII** Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

**CECII** Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires

**CECM** Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

**CHSLD** Centre d'hébergement de soins de longue durée

**CIE** Comité immobilisation et environnement

**CII** Conseil des infirmières et infirmiers

**CIIA** Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires

**CISSS** Centre intégré de santé et de services sociaux

**CIUSSS** Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

**CLSC** Centre local de services communautaires

**CM** Conseil multidisciplinaire

**CMDP** Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

**CPQS** Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

**CRDI** Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

**CRDP** Centre de réadaptation en déficience physique

**CRID** Centre de référence pour investigation désigné

**CRSP** Comité régional sur les services pharmaceutiques

**CUCI** Comité des usagers du centre intégré

## - D -

**DI** Déficience intellectuelle

**DL** Direction de la logistique

**DP** Déficience physique

**DPD** Direction des programmes Déficiences

**DPHVS** Direction Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

**DPJASP** Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique

**DPSAPA** Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

**DPSMD** Direction des programmes Santé mentale et Dépendance

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

**DRF** Direction des ressources financières

**DRHCAJ** Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

**DRMG** Département régional de médecine générale

**DSIEU** Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers

**DSMREU** Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire

**DSPEM** Direction des services professionnels et de l'enseignement médical

**DST** Direction des services techniques

## - E -

**EVA/AVA** Enfants vivant de l'anxiété/adolescents vivant de l'anxiété

## - G -

**GMF** Groupe de médecine de famille

**GMF-R** Groupe de médecine de famille réseau

**GRF** Gestion des ressources matérielles

**GRM** Gestion des ressources financières

## - I -

**IAB** Initiative Amis des bébés

**IPS** Infirmière praticienne spécialisée

**IPS-PL** Infirmière praticienne spécialisée en première ligne

**ITSS** Infection transmissible sexuellement et par le sang

**- J -**

**JED** Jeunes en difficulté

**- L -**

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

**LSSSS** Loi sur les services de santé et les services sociaux

**- M -**

**MOI** Main-d'œuvre indépendante

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

**- N -**

**NSA** Niveau de soins alternatifs

**- O -**

**OIIQ** Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

**OMS** Organisation mondiale de la Santé

**OPUS-AP** Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services antipsychotiques

**- P -**

**PAJ-SM** Programme d'accompagnement justice et santé mentale

**PCEM** Plan de conservation de l'équipement et du mobilier

**PCEM-NMM** Plan de conservation de l'équipement et du mobilier-non médical et mobilier

**PCFI** Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière

**PCI** Prévention et contrôle des infections

**PDG** Président-directeur général

**PDGA** Président-directeur général adjoint

**PEIO** Places transitoires pour l'évaluation-intervention-orientation

**PF** Programme fonctionnel

**PHVS** Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

**- R -**

**RAC** Résidence à assistance continue

**RH** Ressources humaines

**RI** Ressource intermédiaire

**RI-RTF** Ressource intermédiaire et ressource de type familial

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

**RLS** Réseau local de services

**RPA** Résidence privée pour personnes âgées

**RPCU** Regroupement provincial des comités des usagers

**RTF** Ressource de type familial

**- S -**

**SAD** Soutien à domicile

**SISSS** Système d'information sur la sécurité des soins et des services

**SPFV** Soins palliatifs et de fin de vie

**SQI** Société québécoise des infrastructures

**- T -**

**TCC** Traumatisme craniocérébral

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

**- U -**

**UETT** Unité d'évaluation et de traitement transitoire

**URFI** Unité de réadaptation fonctionnelle intensive





# MESSAGE DES AUTORITÉS

L'Humain, autant les usagers et leur famille que nos employés, a occupé une place prédominante cette année. En effet, en 2018-2019, nos actions et nos travaux ont été guidés plus que jamais par le parcours et l'expérience de l'ensemble de ces personnes. Vous trouverez dans ce rapport annuel de gestion, le fruit de nos efforts marqués par un engagement profond et une collaboration de toutes les équipes.

## Le conseil d'administration (CA)

Les membres du conseil d'administration ont été très actifs cette année. En plus d'avoir procédé à l'adoption d'une dizaine de règlements et politiques ou procédures, ils ont traité une trentaine de dossiers. Soucieux d'offrir des soins et des services de qualité à la population et de mettre à la disposition du personnel un milieu de travail sain, ils se sont tenus informés de l'évolution de la situation dans les urgences. Ils ont également suivi de près plusieurs plans organisationnels, dont les démarches entourant le projet d'hôpital à Vaudreuil-Soulanges, les mesures prises pour atténuer la pénurie de personnel et d'effectifs médicaux, de même que la situation financière.

La formule table ronde, fortement appréciée les années précédentes, a été reprise pour notre quatrième séance publique d'information annuelle. Plus de 60 personnes, dont des partenaires et des représentants des médias, ont assisté aux échanges ayant pour thème «L'offre de soins palliatifs et de fin de vie: une approche empreinte de dignité et d'humanité». Lors de cet événement, l'auditoire a également pu en apprendre davantage sur les différentes réalisations de l'organisation (projets réalisés, rapport financier, etc.).

## L'équilibre budgétaire

Le CISSS de la Montérégie-Ouest est fier d'avoir, encore une fois cette année, atteint l'équilibre budgétaire. Les détails se trouvent à la section des ressources financières aux pages 124 et 125.

## Quelques faits marquants de notre année

### Situation dans nos urgences

L'hiver 2018-2019 a été difficile dans nos urgences. Les besoins en termes de soins et de services demeurent en augmentation en raison du vieillissement de notre population et de l'accroissement du nombre de personnes vivant sur le territoire de la Montérégie-Ouest. Les taux élevés d'occupation des urgences ont constitué d'importants défis pour tous, mais particulièrement pour les équipes en place qui ont redoublé d'ardeur pour assurer les meilleurs soins et services possible pour la population.

Un plan d'action évolutif a été élaboré en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), non seulement dans le but de soutenir nos ressources et de pouvoir bien desservir notre population, mais également pour agir pendant la période de transition vers l'ouverture du futur hôpital à Vaudreuil-Soulanges. Aussi, plusieurs actions concrètes ont été mises en place pour appuyer notre personnel, les médecins et la population dans ces moments de très forts achalandages. Entre autres, nous pouvons nommer: l'ouverture de 71 places d'hébergement, le rehaussement important des heures en soutien à domicile (SAD), l'ajout de médecins dépanneurs à l'Hôpital du Suroît et l'ouverture de lits de débordement à l'Hôpital Anna-Laberge. Nous profitons de l'occasion pour réitérer toute notre reconnaissance aux équipes qui ont assuré la continuité des soins et services dans un contexte parfois difficile.

### Enjeux de main-d'œuvre

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, de concert avec les partenaires des milieux scolaires, s'est mobilisée et plusieurs actions ont été réalisées pour nous aider à contrer nos enjeux de main-d'œuvre. Notons, entre autres, la tenue d'un forum ouvert sur l'attraction, la mobilisation et la rétention où syndicats, gestionnaires et employés ont développé différentes pistes de solution. Aussi, nous avons procédé à la formation de nos professionnels à la dotation pour mener de la chasse de tête, augmenté de 37 % nos activités de recrutement, convenu d'un partenariat avec le Centre de formation professionnelle de la Pointe-du-Lac pour développer une nouvelle cohorte de candidats à l'exercice de préposés aux bénéficiaires et ratifier la signature de lettres d'entente avec les syndicats pour stabiliser et rehausser le nombre d'heures des postes à temps partiel. En tout, ce sont 1 500 embauches en 2018-2019, dont près de la moitié sont des préposés aux bénéficiaires, des infirmières et des infirmières auxiliaires.

### Amélioration de l'accès aux services de première ligne

L'ajout de deux groupes de médecine de famille réseau (GMF-R) et l'expansion de plusieurs GMF sur notre territoire ont permis d'améliorer l'accès aux soins et aux services dans la dernière année. Les usagers bénéficient donc d'un plus grand accès aux médecins et aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux en Montérégie-Ouest. De plus, ce sont près de 4 000 personnes qui ont été réorientées de l'urgence vers les GMF et GMF-R de notre territoire grâce aux plages horaires libérées par ces cliniques pour les usagers qui reçoivent une priorité 4 ou 5 lors de l'activité de triage.

### Rehaussement du soutien à domicile

Pour une troisième année consécutive, des efforts ont été déployés afin de rehausser l'offre de soutien à domicile (SAD). Les heures offertes par ce service sont passées respectivement de 516 442 en 2016-2017 à 770 733 en 2017-2018 (augmentation de 49 %) et à 1 080 575 en 2018-2019 (augmentation de 40 %), totalisant un accroissement de 109 % depuis le début du rehaussement de ce secteur.

En raison de l'augmentation du nombre d'usagers ne nécessitant pas de soins aigus, donc qui n'ont plus besoin de service hospitalier, et de la pression exercée sur les urgences, l'organisation a ajouté des ressources permettant d'augmenter la quantité d'usagers en SAD et de rehausser l'intensité des services. À ce titre, le projet « Rehaussement explosif en SAD » figure parmi les quatre projets finalistes dans la catégorie « Soutien à domicile » des Prix d'excellence 2019 du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

“ LE PROJET  
« REHAUSSEMENT  
EXPLOSIF EN SAD » FIGURE  
PARMI LES QUATRE PROJETS  
FINALISTES DANS LA CATÉGORIE  
« SOUTIEN À DOMICILE »  
DES PRIX D'EXCELLENCE 2019  
DU RSSS.

### Approche de partenariat avec les usagers et leurs proches

Depuis décembre 2018, le CISSS de la Montérégie-Ouest s'est doté d'une approche de partenariat avec les usagers et leurs proches de façon à bonifier leur expérience, à respecter leurs attentes, leurs besoins et leur projet de vie tout en développant leur autodétermination. Grâce à cette approche, l'organisation favorise une implication active des usagers dans leur épisode de soins et de services. De plus, des usagers-ressources contribuent à l'amélioration de l'expérience des usagers et à la qualité des soins et des services en partageant leur savoir expérientiel. Ils peuvent accompagner d'autres usagers dans leur parcours de soins et de services, participer à l'organisation des soins et des services ou encore à la gouvernance.

“ GRÂCE  
À CET OUTIL, IL EST  
DÉSORMAIS POSSIBLE DE  
JOINDRE EN MÊME TEMPS  
NOS 9 600 EMPLOYÉS  
DE MÊME QUE NOS  
550 MÉDECINS.

#### **Intranet**

L'arrivée attendue de notre nouvel intranet a permis de répondre à plusieurs enjeux de communications internes. Grâce à cet outil, il est désormais possible de joindre en même temps nos 9 600 employés de même que nos 550 médecins. Le partage de l'information est désormais beaucoup plus facile, car elle est centralisée en un seul endroit et se fait en temps réel. Cette nouvelle plateforme vient combler un besoin important pour notre personnel depuis la fusion et encourage une expérience favorable des employés et des médecins au travail.

#### **Montérégie sans fumée**

La première phase de la Politique pour des environnements sans fumée a été déployée le 31 mai 2018 alors que les prochaines le seront respectivement les 31 mai 2019 et 2020. L'objectif de cette politique est d'offrir des environnements intérieurs et extérieurs sans fumée pour tous, tant pour les personnes qui fréquentent nos installations que pour celles qui y travaillent. En plus de promouvoir la santé, cette politique permet de protéger les gens contre l'exposition à la fumée et prévient l'initiation au tabagisme. Encourager notre population à adopter de saines habitudes de vie fait partie de notre mission. C'est pourquoi nous offrons du soutien aux fumeurs qui désirent abandonner le tabac ou diminuer leur consommation. En association avec les deux autres CISSS de la Montérégie, nous faisons la promotion d'une Montérégie sans fumée.

#### **Ouverture de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en déficience physique (DP) à Boucherville**

C'est dans la semaine du 17 décembre 2018 que l'URFI-DP à Boucherville a accueilli ses premiers usagers. L'ouverture de cette unité a occupé une bonne partie de l'année les équipes responsables de coordonner le déroulement de ce projet d'envergure en plus d'avoir sollicité la collaboration de toutes les directions. Les usagers de l'URFI-DP peuvent compter sur une équipe interdisciplinaire composée d'une quarantaine d'intervenants. Tous les usagers de la Montérégie pourront bénéficier de cette URFI-DP, selon les critères d'accès et la disponibilité de ses 36 lits.

### Projet Hôpital Vaudreuil-Soulages

Les travaux menant à la construction d'un nouvel hôpital à Vaudreuil-Soulages se sont poursuivis. Les partenaires du projet, soit le MSSS, le CISSS de la Montérégie-Ouest et la Société québécoise des infrastructures (SQI), demeurent mobilisés pour la réalisation de ce projet d'envergure, soit un nouvel hôpital de 404 lits dont l'ouverture est prévue en 2026. De plus, le programme fonctionnel et l'analyse immobilière ont été réalisés à l'intérieur des délais. Cette analyse vient confirmer le réalisme du budget de 1,5 milliard pour la mise en place d'une infrastructure qui répondra aux besoins énoncés dans le plan clinique et le programme fonctionnel. La planification de la main-d'œuvre est en cours. Les estimés préliminaires démontrent un besoin d'environ 2 500 employés, auxquels s'ajouteront le personnel d'encadrement, celui administratif ainsi que les effectifs médicaux.

“ 1,5 MILLIARD  
POUR LA RÉALISATION  
D'UNE INFRASTRUCTURE  
QUI RÉPONDRA AUX  
BESOINS ÉNONCÉS DANS  
LE PLAN CLINIQUE ET LE  
PROGRAMME FONCTIONNEL

### Infirmières prescriptrices

Depuis janvier 2016, beaucoup de chemin a été parcouru afin d'implanter la pratique de prescriptions chez les infirmières de la province. Trois ans plus tard, plus de 700 infirmières en Montérégie, dont 250 dans notre CISSS, ont fait leur démarche pour obtenir leur droit de prescrire. Ces infirmières, œuvrant majoritairement en soins de proximité, prescrivent quotidiennement certains médicaments ou analyses de laboratoire pour des situations cliniques spécifiques dans les domaines de soins de plaies, de santé publique et des problèmes de santé courants. Le bilan de l'année 2018-2019 démontre qu'elles ont émis plus de 3 000 prescriptions, représentant plus de 200 prescriptions par mois. Derrière cette quantité se trouvent autant d'utilisateurs qui n'ont pas besoin d'être redirigés vers un médecin, car le besoin a pu être satisfait par ces infirmières. Celles-ci permettent donc d'optimiser les interventions auprès de la clientèle de notre territoire, d'éviter la fragmentation de l'offre de service et de réduire les délais dans la prestation de soins.



Équipe gagnante lors des Prix Inspiration de l'établissement 2018, dans la catégorie: Tellement plus accessible! pour le projet Chez moi, c'est mon choix – repérage de la clientèle de 65 ans et plus de la DPSAPA

## Tellement plus grâce à vous !

C'est grâce au travail colossal des équipes, à leur immense collaboration et à leur investissement dans la réussite des différents projets que nous pouvons avoir de nouveau un bilan positif. Le dévouement des employés, des gestionnaires et des médecins pour trouver des solutions audacieuses afin de se renouveler et d'améliorer continuellement les soins et les services offerts à notre population est exceptionnel. Nous ne pourrions être aussi efficaces sans le soutien de nos partenaires, bénévoles, fondations et de nos organismes communautaires. Leur apport est essentiel au continuum de nos services pour répondre aux besoins de nos diverses clientèles. Également, un merci sincère à nos usagers et leurs proches pour la confiance qu'ils nous portent. En terminant, nous ne pouvons passer sous silence l'importante contribution des membres du conseil d'administration qui, de par leur investissement et leurs différentes expertises, contribuent à maintenir et à améliorer les soins et les services que nous offrons à notre population.

Bonne lecture !

Le président du conseil  
d'administration,

Claude Jolin

Le président-directeur  
général,

Yves Masse

# DÉCLARATION DE FIABILITÉ

## des données et des contrôles afférents

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

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 annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- exposent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.

Le président-directeur général,



Yves Masse



# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DES FAITS SAILLANTS



# NOTRE MISSION

**La mission** du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du MSSS, consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

# NOTRE VISION

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

---

# NOS AMBITIONS

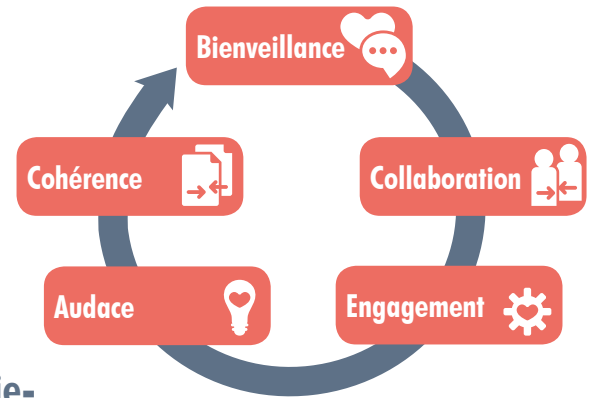
Les ambitions du CISSS de la Montérégie-Ouest ont été élaborées dans le but que l'organisation s'approprie et actualise la vision ministérielle telle que définie dans sa planification stratégique 2015-2020 et qu'elle communique ses aspirations. À travers celles-ci et en osant innover dans ses façons de faire, l'organisation se démarquera et rayonnera par :

- l'excellence de son offre de soins et services intégrés de proximité axée sur l'interdisciplinarité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de sa population;
- son courage à questionner et à améliorer ses pratiques professionnelles, cliniques et de gestion;
- la reconnaissance de la contribution de son personnel et la mise en place de pratiques de gestion humaines;
- la force de ses liens avec ses partenaires.



# NOS VALEURS

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



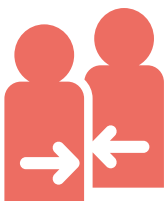
## Bienveillance



Démontrer un souci pour les autres et entretenir des relations basées sur l'écoute et des échanges courtois qui témoignent du respect de tous. « Faisons preuve de considération, d'ouverture et de générosité envers les autres. »

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

## Collaboration



Travailler ensemble, communiquer nos idées et encourager le partage d'expertise entre nous tous dans le but d'atteindre nos résultats collectifs. « Créons le Nous. »

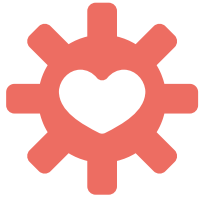
- Favoriser l'interdépendance, agir en complémentarité et unir les forces de tous;
- Avoir un esprit d'équipe : faire ensemble et travailler en équipe, s'entraider;
- Coopérer et agir pour le bien commun;
- Maintenir et développer nos partenariats.



Audace

DANS LE CADRE DE MON TRAVAIL, J'AI DÉVELOPPÉ UNE EXPERTISE EN MÉDIATION CULTURELLE EN PROPOSANT PLUSIEURS PROJETS ARTISTIQUES. AVEC AUDACE, INNOVATION ET ENGAGEMENT, J'AI SU METTRE À PROFIT UNE OPPORTUNITÉ DIFFÉRENTE QUI A FAIT SES PREUVES.

– Marie-Julie McNeil, organisatrice communautaire



## Engagement

S'impliquer et contribuer activement pour concrétiser nos ambitions, respecter nos obligations professionnelles et développer un sentiment d'appartenance fort. « Prenons part à la réalisation des objectifs du CISSS de la Montérégie-Ouest pour faire la différence. »

- Affirmer notre engagement envers l'organisation;
- Être solidaire, adhérer aux orientations;
- Participer au projet, s'impliquer, contribuer et se mobiliser;
- Bâtir ensemble un projet commun et développer un sentiment d'appartenance;
- Croire que c'est possible de faire la différence et travailler avec enthousiasme, plaisir, passion, énergie, positivisme;
- Être loyal.



## Audace

Se donner un espace pour innover dans nos façons de faire, afin de réaliser nos ambitions. « Ayons le courage de remettre en question dans le but de faire les meilleurs choix et d'agir. »

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



## Cohérence

Décider et agir avec pertinence et équité, et être solidaire de nos orientations communes. « Agissons avec cohérence pour donner du sens à nos gestes et paroles. »

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

# PHILOSOPHIE DE GESTION

“ LA PHILOSOPHIE DE GESTION DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST EST HUMANISTE ET GUIDÉE PAR LA VOLONTÉ CONSTANTE DE QUESTIONNER NOS PRATIQUES ET DE VISER L'EXCELLENCE DES SOINS ET DES SERVICES À NOTRE CLIENTÈLE. NOUS VALORISONS LES PERSONNES ET LA CONTRIBUTION DE TOUS DANS L'ATTEINTE DE RÉSULTATS COMMUNS.



Atelier réalisé dans le cadre  
du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

**En adéquation avec sa mission, sa vision, ses ambitions et ses valeurs organisationnelles, le CISSS de la Montérégie-Ouest présente sa philosophie de gestion après avoir réalisé une consultation auprès de ses gestionnaires et de son personnel. La philosophie de gestion n'est pas simplement un énoncé, elle teinte et anime les actions au quotidien des gestionnaires et des chefs de départements de l'établissement.**

## 4 principes de gestion

Les principes de gestion qui suivent, dont s'est doté le CISSS de la Montérégie-Ouest, encadrent et guident les actions et les décisions des gestionnaires et des chefs de départements.

### **Une attention constante pour des soins et des services à valeur ajoutée pour la clientèle**

#### **Les efforts de tous contribuent à :**

- adapter l'offre aux caractéristiques de la population;
- répondre aux besoins de nos clientèles;
- collaborer avec nos partenaires locaux, régionaux et interrégionaux;
- favoriser la proximité des services;
- rendre les services accessibles, fluides et continus;
- soutenir l'usager et ses proches dans la prise en charge de sa santé et de son bien-être.

### **Une gestion de proximité empreinte d'humanisme et d'entraide**

#### **Les gestionnaires et les chefs de départements contribuent en s'assurant de :**

- conserver un lien constant avec le personnel et les activités du terrain;
- susciter l'émergence des idées, des suggestions et s'impliquer dans la recherche de solutions;
- encourager le travail d'équipe intra et interdirections;
- reconnaître les personnes, les équipes et leurs contributions;
- veiller à la santé de l'organisation et au bien-être des personnes;
- exercer un leadership transformationnel;
- mobiliser les équipes dans les activités quotidiennes.

## Suite des principes de gestion

---

### Une saine gestion visant l'atteinte des résultats

#### L'imputabilité de tous dans les actions et les décisions consiste à :

- agir en cohérence avec les objectifs stratégiques, tout en tenant compte de nos capacités organisationnelles;
- impliquer les bonnes personnes dans l'analyse des problèmes;
- rechercher activement les solutions en évaluant les différentes options;
- partager les ressources avec un souci d'efficacité et d'équité;
- privilégier la simplicité et la flexibilité;
- agir sur la base d'un ensemble de principes moraux, avec éthique;
- assurer une gestion rigoureuse et mesurer les résultats en continu.

---

### Une passion durable pour l'amélioration continue de la qualité

#### Le souci d'atteindre et de maintenir de hauts standards de qualité permet de :

- mettre à profit la richesse de nos compétences et de nos expériences;
- partager nos expertises multiples et complémentaires dans une approche interdisciplinaire;
- promouvoir les meilleures pratiques et s'inspirer des données probantes;
- questionner et revoir nos façons de faire.

## 7 pratiques de gestion

En cohérence avec nos quatre principes de gestion, le CISSS de la Montérégie-Ouest s'est doté de pratiques de gestion à sa couleur. Soutenues par des comportements à valoriser, ces pratiques servent de levier afin d'atteindre les objectifs de gestion fixés.

### Communiquer

La communication fait partie intégrante de chacune des pratiques de gestion.

#### Les comportements valorisés :

- favoriser une communication bidirectionnelle et diversifier nos stratégies de communication;
- mettre en place des tribunes d'échanges, saisir les opportunités et prendre le temps d'écouter;
- transmettre les bonnes informations aux bons moments;
- faire connaître et faire vivre nos projets, nos offres de service, nos orientations, nos objectifs et nos attentes.

### Impliquer et collaborer

#### Les comportements valorisés :

- solliciter et encourager la participation active des équipes, des usagers et des partenaires aux projets et à la réalisation de notre mission;
- susciter l'émergence des idées et l'appropriation des projets et des changements;
- encourager le travail d'équipe et la responsabilisation de tous dans un projet commun;
- favoriser des lieux d'échanges, se partager nos connaissances et nos expertises;
- développer nos canaux de communication, des alliances et des partenariats dans les différents réseaux.

### Gérer la performance

#### Les comportements valorisés :

- établir des cibles pertinentes et cohérentes et les faire connaître;
- tenir compte de la capacité organisationnelle et la respecter;
- planifier, gérer de façon rigoureuse, s'outiller et favoriser l'efficacité et l'efficience;
- se mesurer, s'évaluer, assurer le suivi des résultats, respecter ses engagements et ses obligations et en être imputable.

## Suite des pratiques de gestion

---

### Se démarquer

#### Les comportements valorisés :

- développer nos services et notre expertise en misant sur de hautes normes de qualité;
- réfléchir et se questionner sur nos façons de faire, s'appuyer sur la recherche et les meilleures pratiques;
- être curieux, susciter la création et la recherche de nouvelles idées;
- proposer des projets novateurs, sortir des sentiers battus, saisir les opportunités d'amélioration;
- apporter des correctifs nécessaires et effectuer de la rétroaction sur les actions effectuées;
- être ouvert au changement.

### Mettre la clientèle au cœur de nos actions

#### Les comportements valorisés :

- comprendre et prendre en considération les besoins de la clientèle dans nos décisions;
- adopter une philosophie de soins qui favorise le partenariat avec la clientèle et ses proches;
- impliquer les équipes médicales, les équipes de soins, la clientèle et les partenaires dans le but de concerter nos actions;
- croire au potentiel de la clientèle;
- encourager une participation active aux soins et une responsabilisation de la clientèle et leurs proches;
- permettre un accès fluide et une continuité des soins et des services;
- favoriser la prévention de problématiques de santé de la population par la promotion de saines habitudes de vie;
- offrir des soins et des services sécuritaires et de haute qualité à la clientèle.

### Reconnaître et soutenir

#### Les comportements valorisés :

- valoriser au quotidien les contributions et les compétences individuelles et collectives;
- mettre les talents, les efforts et les réussites en avant-plan;
- faire confiance, déléguer des mandats et des projets;
- prendre le temps de s'intéresser aux autres et d'humaniser nos actions;
- assurer une présence, une disponibilité et une écoute;
- offrir les outils, les ressources et le temps nécessaires;
- s'intéresser à l'autre.



## Être un modèle

### Les comportements valorisés :

- adhérer à la mission, à la vision, aux valeurs et aux ambitions;
- être un leader, donner du sens, donner l'exemple et être rassembleur;
- donner de l'autonomie et offrir des défis stimulants;
- coacher et encourager le développement des compétences et des personnes;
- guider, donner de la rétroaction et s'intéresser à l'autre;
- mettre la bonne personne à la bonne place, utiliser nos ressources à leur plein potentiel;
- donner des orientations claires, des rôles et des responsabilités définis, assurer une équité dans l'application de nos décisions et de nos orientations, etc.

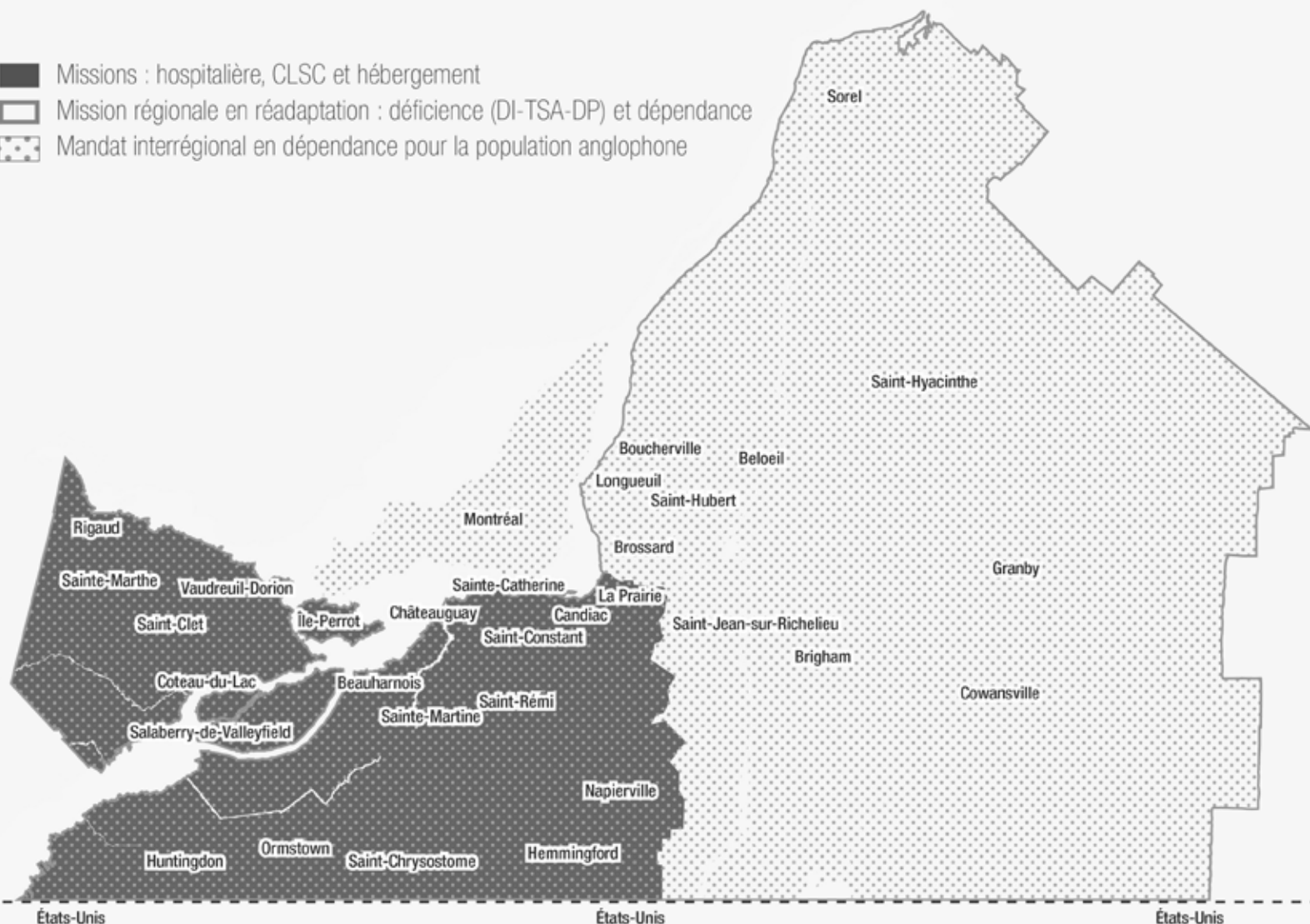


Michelle Harvey, directrice générale adjointe,  
lors du lancement de l'espace Web PHVS

# CARTE DU TERRITOIRE

CISSS de la Montérégie-Ouest

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



# NOS INSTALLATIONS

Les 128 installations comptent entre autres :



3

Hôpitaux

5

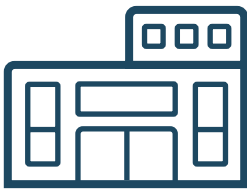
Cliniques externes et  
centre de jour en santé mentale

11

CLSC

11

Installations de réadaptation  
en dépendance



11

Centres d'hébergement  
de soins de longue durée

54

Installations de réadaptation  
en déficience intellectuelle  
et trouble du spectre de l'autisme



3

Centres de services  
ambulatoires

13

Installations de réadaptation  
en déficience physique

# SERVICES OFFERTS

Le CISSS de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550 médecins\*, dont 258 omnipraticiens et 292 spécialistes\*\*, répartis dans 128 installations. Offrant des services généraux et des soins courants spécifiques (1<sup>re</sup> ligne), il se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, l'établissement a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

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

\*\* Le nombre de spécialistes a augmenté par rapport à l'an dernier, puisque plusieurs médecins ont été nommés avec un statut de membre associé<sup>1</sup>. En 2017-2018, le recrutement des membres associés a été restreint, alors qu'en 2018-2019, les règles de gestion des postes en spécialités ont été modifiées par le MSSS, facilitant ainsi le recrutement.

<sup>1</sup> Le statut de membre associé est octroyé à un médecin qui détient un poste dans un autre établissement que le nôtre et qui offre des disponibilités pour notre organisation. Il doit respecter un pourcentage plus élevé de pratique à l'endroit où il détient son poste.



Stéphanie Loiselle, thérapeute en réadaptation physique, en suivi avec une usagère

## Soins et services offerts dans nos installations

---

### Dans nos hôpitaux

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

### Dans nos centres locaux de services communautaires (CLSC)

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

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

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

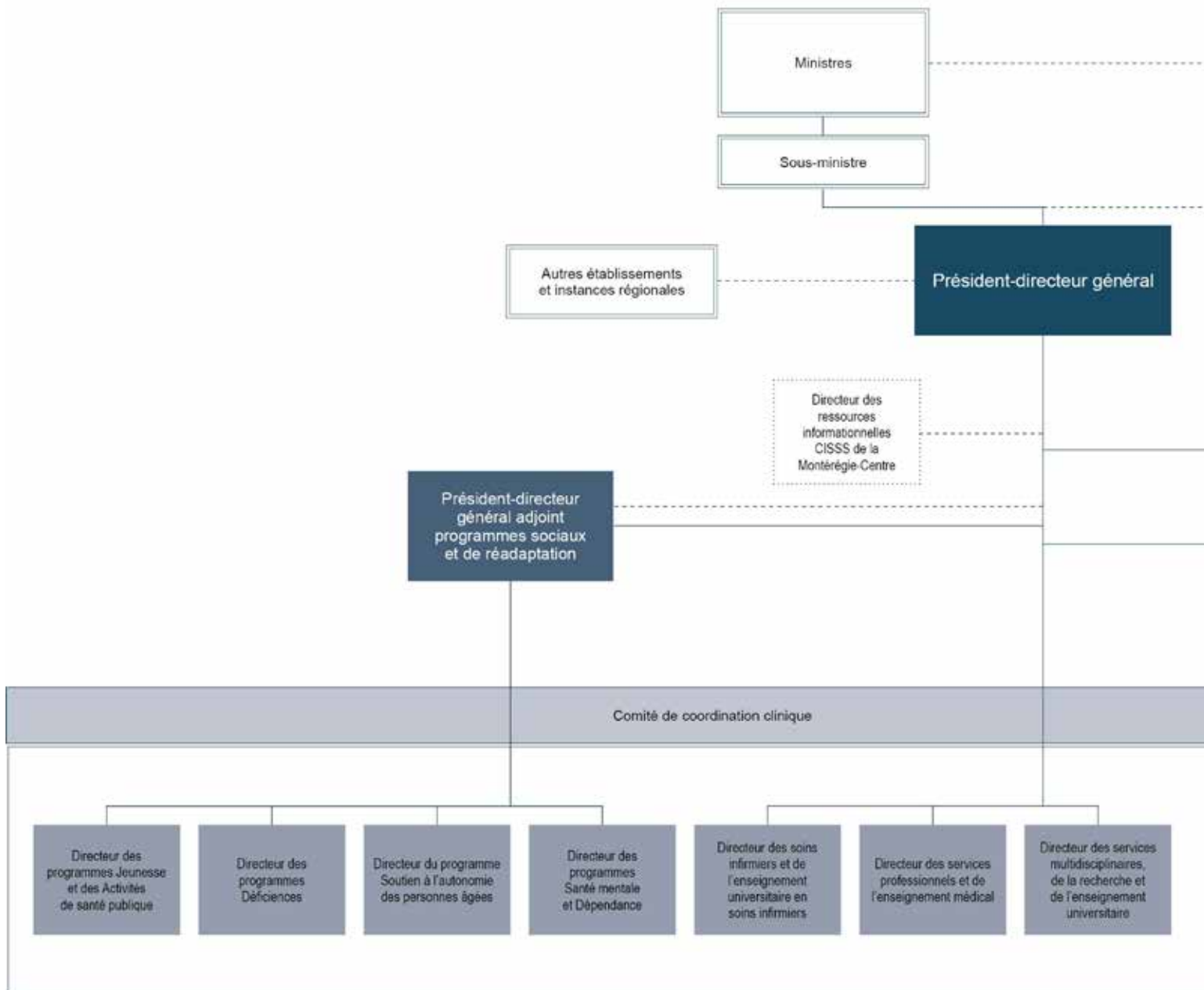
### Dans nos centres de réadaptation (CR)

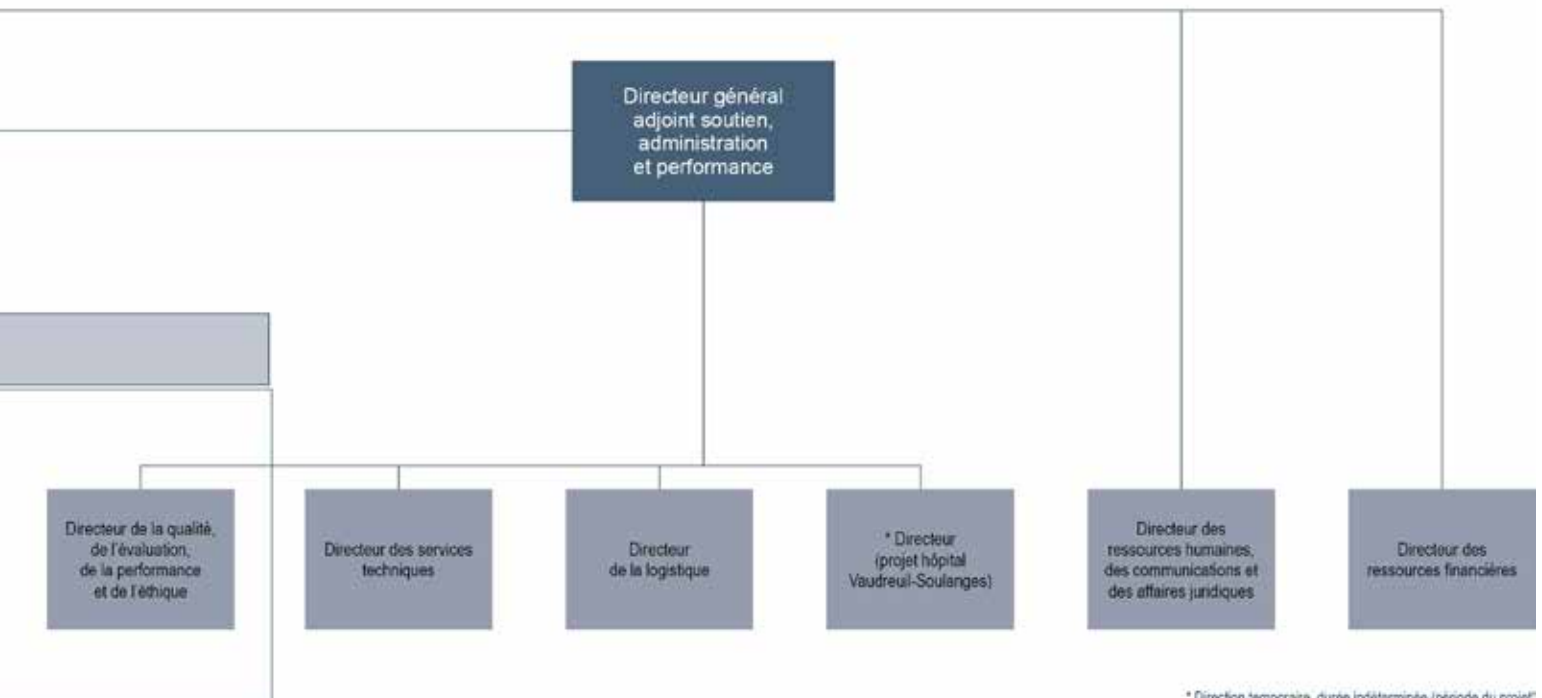
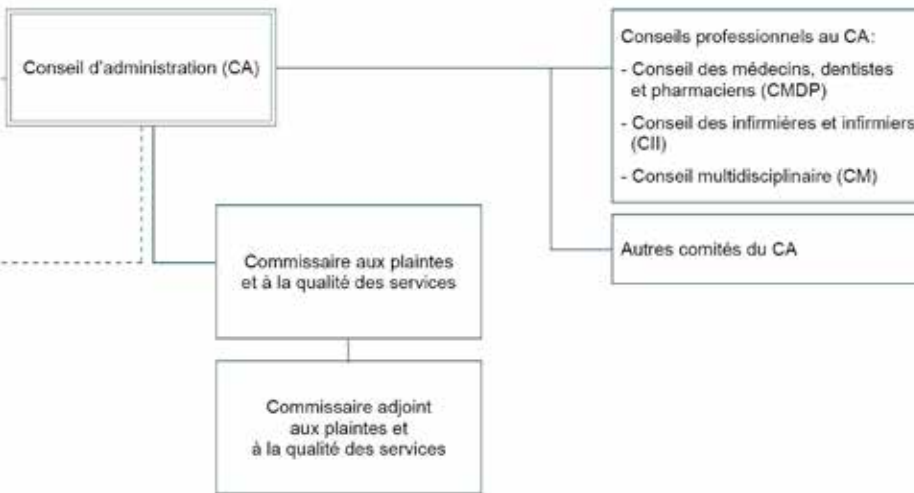
- des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, une dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent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

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

# STRUCTURE DE L'ORGANISATION

Au 31 mars 2019





\* Direction temporaire, durée indéterminée (période du projet)

# COMITÉ DE DIRECTION

- 1 Yves Masse**  
Président-directeur général
- 2 Céline Rouleau**  
Présidente-directrice générale adjointe
- 3 Michelle Harvey**  
Directrice générale adjointe
- 4 Marie-Ève Bernard**  
Adjointe au président-directeur général
- 5 Dominique Pilon**  
Directeur des programmes Jeunesse  
et des Activités de santé publique
- 6 Jean-Marc Ricard**  
Directeur des programmes Déficiences  
(depuis août 2018)  
Claude Bouchard (jusqu'en août 2018)
- 7 Chantal Arsenault**  
Directrice du programme Soutien  
à l'autonomie des personnes âgées
- 8 Donald Massicotte**  
Directeur des programmes  
Santé mentale et Dépendance
- 9 Philippe Besombes**  
Directeur des soins infirmiers et de l'enseignement  
universitaire en soins infirmiers
- 10 Lyne Daoust**  
Directrice adjointe des services  
professionnels - opérations
- 11 Abdo Shabah**  
Directeur des services professionnels  
(depuis mars 2019)
- 12 Stéphane Dubuc**  
Directeur des services multidisciplinaires, de  
la recherche et de l'enseignement universitaire
- 13 Mélanie Dubé**  
Directrice de la qualité, de l'évaluation,  
de la performance et de l'éthique
- 14 Bruno Roy**  
Directeur des services techniques  
(poste intérimaire)
- 15 Lily Roy**  
Directrice de la logistique (jusqu'en mars 2019)  
Yves Parent (jusqu'en juin 2018)
- 16 Vincent Veilleux**  
Directeur Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges  
(poste temporaire)
- 17 Richard Cloutier**  
Directeur des ressources humaines,  
des communications et des affaires juridiques
- 18 Martin Larose**  
Directeur des ressources financières



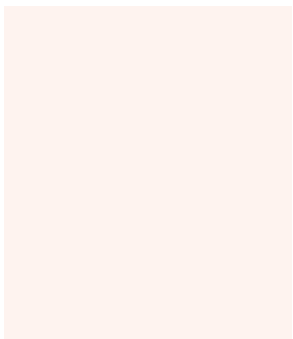




# CONSEIL D'ADMINISTRATION

## Liste des membres au 31 mars 2019

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



### Membres nommés

- 1 Yves Masse**  
Secrétaire - président-directeur général  
du CISSS de la Montérégie-Ouest
- 2 Jean-Claude Lecompte**  
Milieu de l'enseignement



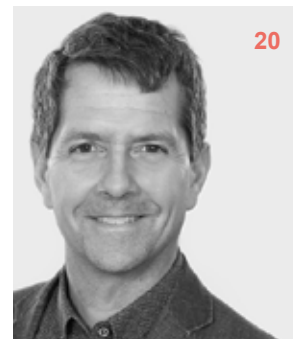
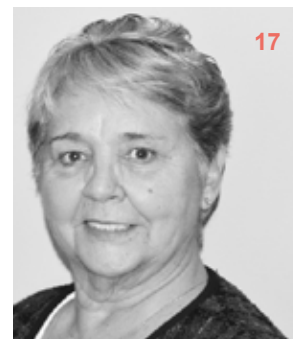
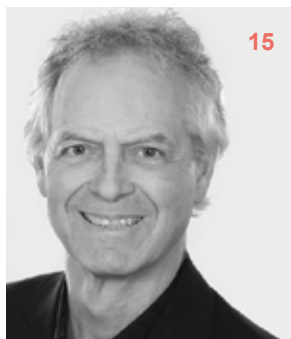
### Membres désignés

- 3 Dorice Boudreault**  
Département régional de médecine générale (DRMG)
- 4 Mélanie Caron**  
Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- 5 Dr Antoine Daher**  
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- 6 Annabelle Lefebvre**  
Conseil multidisciplinaire (CM)
- 7 Nicole Marleau**  
Comité des usagers (CU)
- 8 Patricia Quirion**  
Conseil des infirmières et infirmiers (CII)



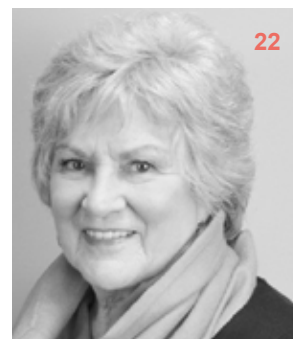
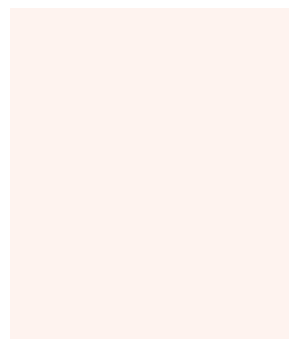
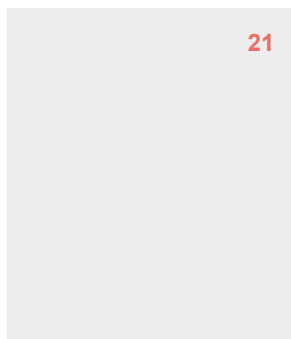
## Membres indépendants

- 9 Claude Jolin**  
Président - Compétence en gouvernance et éthique
- 10 Michel Laurendeau**  
Vice-président – Compétence en ressources immobilières, informationnelles et humaines (jusqu'en septembre 2018)
- 11 Jean-Pierre Rodrigue**  
Vice-président – Expertise en santé mentale
- 12 Line Ampleman**  
Expertise en réadaptation
- 13 Hugo Desrosiers**  
Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux (depuis septembre 2018)
- 14 Judith Dubé**  
Expertise dans les organismes communautaires (jusqu'en septembre 2018)
- 15 Richard Gascon**  
Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité (depuis septembre 2018)
- 16 Pierre Gingras**  
Compétence en ressources immobilières, informationnelles et humaines (depuis septembre 2018)
- 17 Heather L'Heureux**  
Compétence en vérification, performance et gestion de la qualité et représentante de la communauté anglophone
- 18 Roch Leblanc**  
Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité (jusqu'en septembre 2018)
- 19 Sylvie Sauvé**  
Expérience vécue à titre d'usagère des services sociaux (jusqu'en septembre 2018)
- 20 Eric Tessier**  
Expertise en protection de la jeunesse (depuis septembre 2018)
- 21 À combler**  
Expertise dans les organismes communautaires



## Membre observateur

- 22 Madeleine Himbeault Greig**  
Designée par les présidents des fondations de l'établissement



## Bilan

Au cours de l'exercice 2018-2019, les membres du conseil d'administration ont tenu :

- 6 séances publiques régulières;
- 8 séances spéciales;
- 1 séance publique d'information annuelle;
- 3 séances de travail;
- 1 journée annuelle de réflexion;
- 1 journée de formation des administrateurs.

### Manquement au code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Il est à souligner qu'aucun manquement au code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs n'a été constaté au cours de l'année 2018-2019. De plus, aucune décision de sanctions n'a été imposée de même qu'aucune personne n'a été révoquée ou suspendue au cours de la période couverte par le présent rapport.

Le code d'éthique et de déontologie se trouve en annexe du rapport annuel de gestion et est disponible également sur le site Internet du CISSS de la Montérégie-Ouest à [santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest) dans la section « Organisation ».

## Principales réalisations

Au cours de l'année 2018-2019, le conseil d'administration a, entre autres :

Procédé à l'adoption des règlements, politiques ou procédures suivants :

- la Politique sur l'appréciation de la contribution et l'évaluation du rendement du personnel d'encadrement;
- le Règlement sur les critères d'accès en centre d'activités à la Direction des programmes Déficiences;
- le Règlement sur les critères d'admission des usagers en hébergement à la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- le Règlement sur les critères d'accès en centre de jour à la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- la procédure administrative – appréciation de la contribution et évaluation du rendement du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- le Règlement sur les conflits d'intérêts du PDGA, des hors-cadres, des cadres supérieurs, cadres intermédiaires, du personnel et des professionnels qui exercent dans l'établissement;
- le Règlement sur les règles de fonctionnement du comité immobilisation et environnement;
- la Politique de développement durable et de santé environnementale;
- la Politique relative aux frais de déplacement des membres du conseil d'administration et des gestionnaires du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- la Politique et procédure d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.

## Suite

Traité les dossiers suivants :

- l'adoption du rapport annuel de gestion;
- l'approbation de l'entente de gestion et d'imputabilité;
- l'adoption du budget
- l'approbation des états financiers;
- l'adoption des objectifs prioritaires;
- l'adoption du rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services;
- l'adoption du code d'éthique et de déontologie des administrateurs révisé;
- la création du comité de développement durable;
- l'acquisition des terrains pour la construction de l'Hôpital Vaudreuil-Soulanges;
- le renouvellement du contrat de la directrice générale adjointe;
- la nomination, attribution et suspension des statuts et privilèges des médecins, dentistes et pharmaciens;
- la nomination du directeur des programmes Déficiences;
- la nomination du directeur des services professionnels et de l'enseignement médical;
- la nomination de la directrice et de la directrice adjointe de la logistique;
- la nomination du directeur adjoint des programmes DI-TSA et de l'hébergement;
- la nomination du directeur adjoint de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique;
- la nomination de l'adjoint au chef de département de médecine spécialisée par intérim;
- la nomination de l'adjoint au chef de département de chirurgie par intérim;
- la nomination de l'adjointe au chef de département de médecine spécialisée – Volet réadaptation;
- la nomination des chefs de services médicaux;
- la nomination d'une commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services;
- le résultat du processus d'autoévaluation 2017-2018 des comités du conseil d'administration et des conseils professionnels;

- l'adoption du plan d'amélioration de la gouvernance à la suite des résultats de l'autoévaluation de l'équipe de gouvernance - Agrément 2018;
- l'application de la Politique concernant les soins de fin de vie (période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018);
- le suivi périodique du tableau de bord des objectifs prioritaires 2017-2018;
- l'état de situation périodique sur les infections nosocomiales;
- le dépôt périodique de la liste des engagements financiers supérieurs à 1 M\$.

Traité les sujets provenant des comités du CA :

- le comité de vérification;
- le comité de gouvernance et d'éthique;
- le comité de révision;
- le comité de vigilance et de la qualité;
- le comité des ressources humaines;
- le comité soins et services à la clientèle;
- le comité immobilisation et environnement;
- le comité d'évaluation du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- le comité ad hoc – Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges.

Procédé à l'adoption des motions de remerciements ou de félicitations suivantes :

- une motion de félicitations à l'équipe de la Direction des ressources financières pour la production du rapport financier annuel (AS-471) 2017-2018 et à l'équipe de direction pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire;
- une motion de remerciement à la directrice du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées pour toutes ses années de loyaux services au sein de l'organisation;
- une motion de remerciement au directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques pour toutes ses années de loyaux services au sein de l'organisation.

# COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

## Comité de vigilance et de la qualité

### Composition du comité

**Nicole Marleau**, présidente

**Jean Pinsonneault**, secrétaire

**Line Ampleman**, membre

**Yves Masse**, membre

**Jean-Pierre Rodrigue**, membre (jusqu'en novembre 2018)

**Eric Tessier**, membre (depuis novembre 2018)

**Mélanie Dubé**, invitée permanente désignée par le président-directeur général

### Mandat général

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, en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services rendus ainsi que le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit :

- recevoir et analyser les rapports et les recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et pour assurer le suivi de leurs recommandations;
- établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des recommandations au conseil d'administration;
- présenter des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qui ont été présentées;
- veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (art.181.0.3, LSSSS).

## Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2018-2019, les membres du comité de vigilance et de la qualité se sont réunis à cinq reprises. Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur les points d'information suivants :

- le bilan des activités du commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 8 décembre 2018 incluant les mesures correctives et recommandations adressées aux directions visées et au conseil d'administration, ainsi que leur réalisation;
  - les recommandations du Protecteur du citoyen et l'application de celles-ci;
  - l'information concernant le droit d'utiliser des caméras en CHSLD;
  - les activités du programme de prévention et de contrôle des infections – Info-Noso;
  - la présentation du bilan annuel du Service de prévention et de contrôle des infections et état de situation épidémiologique 2017-2018;
  - les plans d'amélioration transmis à la suite de la visite des établissements :
    - Ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF) Santé mentale – 15, 16 et 17 mars 2016 : plan d'amélioration transmis le 15 mars 2018,
    - Centre d'hébergement Laurent-Bergevin visite du 20 juin 2017 : plan d'amélioration transmis le 21 juin 2018,
    - Centre d'hébergement de Vaudreuil visite du 21 juin 2017 : plan d'amélioration transmis le 21 juin 2018,
    - Centre d'hébergement de Châteauguay visite du 18 juillet 2018 : plan d'amélioration transmis le 18 juillet 2018,
    - Centre d'hébergement Docteur-Aimé-Leduc visite du 29 et 30 novembre 2016 : plan d'amélioration transmis le 29 novembre 2018,
    - Centre d'hébergement Pierre-Rémi-Narbonne visite du 1<sup>er</sup> décembre 2016 : plan d'amélioration transmis le 1<sup>er</sup> décembre 2018;
  - la modification des règles de fonctionnement du comité de gestion des risques (confidentialité des dossiers d'analyse et coordination des travaux d'analyse d'événements indésirables);
  - le rapport des incidents et accidents 2017-2018 et l'analyse des événements sentinelles;
  - le suivi de l'agrément 2017 – preuves de conformité à remettre;
  - l'agrément 2018-2023;
  - les suivis du comité de gestion des risques;
  - le résultat de l'autoévaluation du fonctionnement du comité de gestion des risques;
  - la présentation du rapport annuel 2017-2018 du comité de gestion des risques;
  - la présentation de la Politique de gestion des défunts;
  - la présentation de la Politique et de la procédure clinique utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle;
  - la présentation de la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité;
  - la désignation d'un président et d'un secrétaire de comité;
  - la planification annuelle des travaux du comité de vigilance et de la qualité;
  - la présentation de lettres de remerciement venant des usagers adressées au personnel et au CISSS de la Montérégie-Ouest.
- Le comité a procédé à la recommandation suivante auprès du conseil d'administration :
- à la suite d'une analyse démontrant clairement que la chute est l'événement qui a provoqué le plus de conséquences graves et de décès chez nos usagers, notamment chez la clientèle de 75 ans et plus, particulièrement en mission CHSLD, le comité de vigilance et de la qualité recommande la formation d'un comité de travail ayant pour mandat spécifique la prévention des chutes.

## Comité de gestion des risques

### Composition du comité

**Mélanie Dubé**, présidente

**Céline Rouleau**, vice-présidente et membre désignée par le président-directeur général

**Jennifer Trudeau**, secrétaire et membre - personne issue du secteur de la santé et sécurité au travail

**Mathieu Allaire**, membre - personne issue des employés catégorie métiers, paratechniques et services auxiliaires

**Jean-François Blanchard**, directeur Manoir Harwood, membre désigné par et parmi les personnes qui, en vertu de l'entente de service visée à l'article 108 de la LSSSS, dispensent des services aux usagers pour le compte de l'établissement

**Mélanie Caron**, membre - personne issue du comité consultatif CMDP

**Denis Charland**, directeur Maison des Aînés de Saint-Timothée, membre désigné par et parmi les personnes qui, en vertu de l'entente de service visée à l'article 108 de la LSSSS, dispensent des services aux usagers pour le compte de l'établissement

**Michelle Harvey**, membre désignée par le président-directeur général

**Venessa Lafrenière**, membre - personne issue du comité consultatif CM

**Amélie Roy**, membre - personne issue du comité consultatif CII

**Micheline Tellier**, membre - personne issue du comité des usagers

### Mandat général

En vertu de l'article 183.1 de la LSSSS, le mandat de ce comité est de rechercher, développer et promouvoir des moyens pour assurer la sécurité et le soutien des personnes. Il s'assure, également, de la mise en place d'un système de surveillance des incidents et des accidents et recommande au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration des mesures visant à prévenir la fréquence de ces incidents et de ces accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Le comité de gestion des risques doit :

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- émettre des recommandations au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration en matière de gestion des risques;
- prendre acte des rapports du coroner et du suivi des recommandations;
- 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;
- recommander au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et de ces accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.



Alain St-Jean,  
préposé aux bénéficiaires,  
en compagnie d'un usager

## Bilan des activités

Au cours de l'année 2018-2019, les membres du comité de gestion des risques se sont réunis à cinq reprises. Au cours de ces rencontres, le comité s'est penché sur les dossiers suivants :

- le bilan annuel du comité de gestion des risques;
- le rapport annuel des mesures de contrôle;
- la création d'un comité de travail sur la prévention des chutes;
- des travaux sur les règles de fonctionnement du comité;
- la gestion des risques :
  - le rapport des incidents et des accidents 2017-2018 et le bilan P10 à P13 2017-2018 et P1 à P9 2018-2019,
  - l'analyse d'événements sentinelles – la validation des mesures correctives et des recommandations,
  - le Registre national des incidents et accidents;
- la prévention et le contrôle des infections (bilan annuel 2017-2018, état d'avancement des travaux du service de prévention et contrôle des infections);
- l'autoévaluation du comité de gestion des risques;
- le dépôt du calendrier des rencontres du comité de gestion des risques;
- l'adoption du plan de sécurité des usagers;
- la proposition de modification du règlement du comité de gestion des risques (ajout de la direction générale adjointe);
- la modification de l'heure de la tenue des rencontres du comité de gestion des risques;
- la présentation du virage prévention en gestion des risques (service de santé, sécurité et mieux-être au travail).

Le comité a procédé à la recommandation d'adopter les documents suivants auprès du comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration :

- le cadre de référence en prévention des chutes;
- le plan de sécurité des usagers.

## Comité de gouvernance et d'éthique

### Composition du comité

**Jean-Pierre Rodrigue**, président

**Yves Masse**, secrétaire

**Mélanie Caron**, membre

**Hugo Desrosiers**, membre (depuis septembre 2018)

**Claude Jolin**, membre

**Sylvie Sauvé**, membre (jusqu'en septembre 2018)

### Mandat général

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

De façon plus spécifique, il doit :

- élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- rédiger un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30);
- définir des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- concevoir un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS).

---

## Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2018-2019, les membres du comité de gouvernance et d'éthique se sont réunis à quatre reprises. Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur les dossiers suivants :

- la reddition de comptes 2017-2018 de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics;
- l'analyse pour la diffusion Web en direct des séances publiques du conseil d'administration;
- l'analyse des résultats de l'exercice d'autoévaluation 2017-2018 du fonctionnement du conseil d'administration, de ses comités et des conseils professionnels;
- l'élaboration du plan d'amélioration de la gouvernance à la suite des résultats de l'autoévaluation de l'équipe gouvernance 2018 - Agrément :
  - la planification annuelle des travaux 2018-2019 du comité;
- l'élection des officiers du conseil d'administration;
- la dotation des comités du conseil d'administration :
  - la désignation d'un représentant du comité de gouvernance et d'éthique au comité ad hoc – Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges;
- le rôle du comité de gouvernance et d'éthique dans le nouveau cycle d'agrément 2018-2023;
- le suivi de l'échéancier de réalisation du Manuel des règlements du conseil d'administration.

Le comité a procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- le renouvellement de l'entente de partenariat avec le Centre d'éthique du CISSS de Laval et le CISSS de la Montérégie-Ouest pour l'année 2018-2019;
  - la reconduction du code d'éthique et de déontologie des administrateurs.
-

## Comité de révision

### Composition du comité

**Claude Jolin**, président

**Dr Marc Lajoie**, membre nommé  
sur recommandation du CMDP

**Dre Andrée-Anne Talbot**, membre nommée  
sur recommandation du CMDP

**Dre Danielle Venne**, membre substitut nommée  
sur recommandation du CMDP

En conformité avec l'article 57 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), le comité de révision doit transmettre au conseil d'administration, avec copie au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement, au moins une fois par année, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision depuis le dernier rapport, de ses conclusions ainsi que des délais de traitement de ses dossiers. Il peut en outre formuler des recommandations ayant pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques offerts dans un centre exploité par un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.

**Transmission:** Un exemplaire de ce rapport est également transmis au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement, qui en intègre le contenu au rapport visé à l'article 76.10, ainsi qu'au Protecteur du citoyen.

### Mandat général

Le comité de révision du traitement d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, est institué par le conseil d'administration pour procéder, lorsque demandé par un plaignant ou par un professionnel, à la révision du traitement accordé par le médecin examinateur de l'établissement à l'examen d'une plainte.

Au terme de sa révision, le comité doit conclure à l'une des options suivantes :

- confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- requérir un complément d'examen du médecin examinateur;
- diriger la plainte pour étude à des fins disciplinaires au CMDP;
- recommander au médecin examinateur de l'établissement concerné ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

Les conclusions du comité sont finales et ne peuvent être révisées.

## Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2018-2019, les membres du comité de révision se sont réunis à quatre reprises. Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur les quatre demandes suivantes, qui ont été soumises à la révision auprès du comité :

- 4 demandes concernaient un professionnel en milieu hospitalier.

De ces demandes, trois plaignants ont été entendus par le comité de révision au cours de l'exercice.

### Motifs des plaintes

Les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision sont en lien avec les éléments suivants :

- l'évaluation et le jugement professionnel (1);
- la clarification sur tout incident ou accident survenu (1);
- l'orientation inappropriée (1);
- le congé ou la fin de service prématuré (1).

### Recommandations

Sur les deux dossiers conclus :

- un dossier confirmait les conclusions du médecin examinateur;
- un dossier a fait l'objet d'une demande de complément d'enquête au médecin examinateur afin d'évaluer les éléments suivants :
  - les pratiques reconnues à suivre lorsqu'un médecin spécialiste reçoit une prescription d'un médecin traitant,
  - le suivi à donner quant à l'acte médical qui est prescrit,
  - la conformité aux pratiques reconnues par le médecin visé par la plainte.

### Délai de traitement des demandes soumises

	1 – 60 jours	61 jours et +
2018-2019		2*

\* Avec l'accord du plaignant

## Comité de vérification

### Composition du comité

**Richard Gascon**, président (depuis décembre 2018)

**Claude Jolin**, président (juin à décembre 2018)

**Roch Leblanc**, président (jusqu'en juin 2018)

**Judith Dubé**, membre (jusqu'en septembre 2018)

**Madeleine Himbeault Greig**, membre

**Jean-Claude Lecompte**, membre

**Heather L'Heureux**, membre

**Martin Larose**, invité permanent et secrétaire du comité

**Yves Masse**, invité permanent

### Mandat général

Le comité de vérification doit, entre autres :

- 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 et 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 sont efficaces et adéquats;
- 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 le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS).

## Bilan des activités

Le comité s'est doté d'un plan de travail pour assurer une couverture des différents mandats sous sa responsabilité. À cet effet, il porte une attention particulière aux travaux de préparation budgétaire, de fin d'année et aux suivis périodiques des résultats financiers. Les recommandations du vérificateur externe et du MSSS sont aussi suivies de façon périodique pour assurer la mise en œuvre des correctifs. Par ailleurs, le comité assure un suivi sur les mécanismes de contrôles internes et sur la mise en place des travaux d'audit interne. Finalement, il recommande au conseil d'administration, après analyse, l'ensemble des éléments à caractère financier nécessitant son approbation.

Au cours de l'année 2018-2019, les membres du comité de vérification se sont réunis à sept reprises. Au cours de ces rencontres, le comité s'est penché sur les dossiers suivants :

- la gestion financière;
- la planification budgétaire 2018-2019;
- le processus de planification budgétaire 2019-2020 (orientations et paramètres);
- le rapport financier annuel 2017-2018;
- les rapports financiers périodiques (AS-617);
- les dépenses des administrateurs;
- les contrats de 100 000 \$ et plus;
- le plan de vérification de l'auditeur externe pour 2018-2019;
- le suivi des enveloppes de développement;
- l'équité 2018-2019;
- les accords d'exploitation avec les Fondations;
- les mécanismes d'audits internes et de contrôles internes;
- le rapport d'audit interne sur les contrats des travaux de construction;
- le suivi sur les commentaires des auditeurs 2017-2018;
- le suivi de l'analyse financière du MSSS de 2017-2018;
- le processus d'appel d'offres pour le choix de l'auditeur externe.
- l'adoption du plan de travail du comité de vérification pour l'année 2018-2019;
- l'adoption de la Politique de frais de déplacement pour le personnel d'encadrement;
- l'autoévaluation du comité de vérification 2018-2019;
- la planification budgétaire 2018-2019;
- les résultats financiers (rapport AS-471) au 31 mars 2018;
- la désignation des signataires autorisés pour les opérations de nature bancaire et la gestion des comptes de cartes de crédit;
- l'approbation des projets nécessitant l'utilisation des surplus cumulés pour l'exercice 2018-2019;
- le renouvellement des marges d'emprunts;
- la nomination de l'auditeur externe pour l'exercice financier 2018-2019;
- le régime d'emprunt à long terme;
- la radiation des mauvaises créances;
- la nomination du président du comité;
- la désignation d'un représentant au comité ad hoc du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges.

Le comité a procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- l'adoption du rapport annuel d'activités du comité de vérification 2018-2019;

## Comité des ressources humaines

### Composition du comité

**Pierre Gingras**, président (depuis janvier 2019)

**Michel Laurendeau**, président (jusqu'en novembre 2018)

**Richard Cloutier**, secrétaire

**Roch Leblanc**, membre (jusqu'en novembre 2018)

**Yves Masse**, membre

**Jean-Pierre Rodrigue**, membre (depuis novembre 2018)

**Sylvie Sauvé**, membre (jusqu'en novembre 2018)

**Éric Tessier**, membre (depuis novembre 2018)

### Mandat général

De façon générale, les responsabilités du comité consistent à s'assurer de la saine gestion des ressources humaines et d'en informer le conseil d'administration.

De façon plus spécifique, le comité doit :

- s'assurer de la mise en place d'un plan de développement des ressources humaines;
- recevoir et analyser le plan de main-d'œuvre et le soumettre au conseil d'administration pour adoption;
- recevoir et analyser des politiques de soutien et de développement des compétences du personnel afin de les proposer au conseil d'administration pour adoption;
- s'assurer de l'existence de mécanismes de concertation et de consultation appropriés;
- recevoir et analyser des rapports portant sur le climat organisationnel en général;
- s'assurer de la mise en place d'un programme d'appréciation de la contribution et d'évaluation du rendement des cadres supérieurs et intermédiaires, et d'un programme d'évaluation du personnel;
- analyser toute problématique particulière pouvant survenir dans le cours de la réalisation des projets et faire des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu;
- s'assurer du suivi des divers dossiers et faire des recommandations, s'il y a lieu, et remplir tout autre mandat confié par le conseil d'administration;
- s'assurer de la mise en place d'un tableau de bord stratégique en ressources humaines afin d'éclairer les membres du conseil d'administration dans leurs décisions;
- recevoir, analyser et proposer au conseil d'administration l'adoption des différentes politiques de gestion concernant les conditions de travail des cadres, et ce, tel que prévu au Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux;
- recevoir, analyser et proposer au conseil d'administration l'adoption des différentes stipulations négociées et agr  ees à l'échelle locale ou régionale prévues à la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic.



## Bilan des activités

Au cours de l'année 2018-2019, les membres du comité des ressources humaines se sont réunis à quatre reprises. Au cours de ces rencontres, le comité s'est penché sur les dossiers suivants :

- les objectifs annuels 2018-2019;
- le calendrier 2018-2019 des séances du comité des ressources humaines;
- le dépôt des rapports annuels 2017-2018 et 2018-2019 adoptés;
- le dépôt des résultats des analyses de l'autoévaluation du fonctionnement du comité des ressources humaines 2017-2018 et 2018-2019 adoptés;
- le tableau de bord et les indicateurs en ressources humaines : Temps supplémentaire, main-d'œuvre indépendante (MOI), Assurance salaire et Rapport d'évolution des griefs actifs;
- le calendrier thématique des séances 2018-2019;
- le plan de développement des ressources humaines;
- le plan de main-d'œuvre – État de situation de la pénurie (actions réalisées et en cours);
- l'autoévaluation du fonctionnement du comité;
- le portrait de la situation des postes à temps complet par rapport aux postes à temps partiel dans notre établissement par catégorie d'emploi;
- le climat organisationnel : plan d'action organisationnel découlant de la Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail;
- le Programme national de développement des leaders – volet cadres supérieurs;
- le bilan annuel et la mise à jour du plan d'action des personnes handicapées;
- le programme d'évaluation du rendement – personnel d'encadrement;
- l'état de situation sur les négociations locales;
- l'état de situation projet ratio patient/professionnel;
- la présentation de l'approche « expérience employé »;
- le bilan 2017-2018 de la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- le climat organisationnel : plan d'action en santé mentale au travail;
- le programme de relève (PDG, PDGA, hors-cadres, cadres supérieurs et cadres intermédiaires);
- l'échange sur les mesures prises en matière d'attraction et de rétention de main-d'œuvre.

Le comité a procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- la désignation du président et du secrétaire du comité des ressources humaines;
- la Politique sur l'appréciation de la contribution et l'évaluation du rendement du personnel d'encadrement;
- le Règlement sur les conflits d'intérêts;
- le Règlement sur l'exclusivité de fonctions du PDG, PDGA, des hors-cadres, des cadres supérieurs et des cadres médecins;
- la Politique relative aux frais de déplacement des membres du conseil d'administration et des gestionnaires du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- la désignation d'un représentant du comité des ressources humaines au comité ad hoc du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges;
- la Politique de rémunération ou de compensation des heures supplémentaires lors de situations exceptionnelles.

## Comité immobilisation et environnement

### Composition du comité

**Judith Dubé**, présidente (jusqu'en septembre 2018)

**Jean-Claude Lecompte**, président (depuis janvier 2019)  
et membre

**Bruno Roy**, secrétaire

**Madeleine Himbeault Greig**, membre

**Heather L'Heureux**, membre

**Yves Masse**, membre

### Mandat général

De façon générale, les responsabilités du comité consistent à :

- assurer un suivi du parc immobilier (locaux, équipements, etc.);
- assurer la mise en place des processus du maintien des équipements médicaux et non médicaux et du mobilier de l'établissement;
- assurer la mise en place d'un processus de gestion des risques, associé à l'entretien des immeubles et des équipements, pour la conduite des affaires de l'établissement;
- assurer une vigie par rapport à la gestion du développement durable de l'établissement basée sur les meilleures pratiques en matière d'environnement et de performance énergétique.

## Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2018-2019, les membres du comité immobilisation et environnement (CIE) se sont réunis à six reprises et ont tenu une consultation électronique. Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur les points d'information suivants :

- le calendrier des travaux spécifiques 2017-2018;
- l'état de situation sur le développement durable et sur la performance énergétique;
- l'optimisation du parc immobilier et de la gestion des espaces;
- le tableau de suivi des projets de construction de plus de 100 000 \$ actifs (statutaire);
- le calendrier des travaux spécifiques 2017-2018 et 2018-2019;
- la gestion de la maintenance préventive;
- l'état de situation – installations des résidences à assistance continue (RAC) (région de l'Estrie);
- l'annonce des projets majeurs autorisés par le MSSS;
- l'état de vétusté des bâtiments;
- le plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) – Plan triennal d'intervention concernant le maintien des actifs – 2019-2022;
- le plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) – Plan triennal d'intervention concernant la rénovation fonctionnelle – installations hors CHSLD – 2019-2022;
- le plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM) – plan triennal d'intervention concernant le maintien des actifs – volet équipement non médical et mobilier (PCEM-NMM) – 2019-2022;
- le processus annuel d'évaluation des comités du conseil d'administration et des conseils professionnels – Exercice 2018-2019.

## Suite

Le comité a également émis les recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

### Travaux relativement au conseil d'administration

- l'adoption du Règlement sur les règles de fonctionnement du comité immobilisation et environnement;
- le processus annuel d'autoévaluation du fonctionnement des comités et conseils professionnels institués par le conseil d'administration 2017-2018 – comité immobilisation et environnement;
- le rapport annuel 2017-2018 du comité.

### Calendrier du comité

- le calendrier des séances du CIE de septembre 2018 à juin 2019.

### Adoption de politique et comité

- la recommandation de la Politique de développement durable et de santé environnementale;
- la recommandation de création du comité de développement durable.

### Sources de financement

- le plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) – Plans triennaux concernant le maintien des actifs – 2018-2021;
- le plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) – Plans triennaux concernant la rénovation fonctionnelle – installations hors CHSLD – 2018-2021;
- le dépôt du tableau Projets 2018-2019 en rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD – entérinement de la décision rendue lors de la consultation électronique du 11 septembre 2018;
- le plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM) – Plans triennaux concernant le maintien des actifs – volet équipement non médical et mobilier (PCEM-NMM) – 2018-2021;

### Développements/Appel d'offres

- l'ajout d'une installation en mode locatif sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- la demande d'autorisation pour l'ajout de superficie en mode locatif sur le territoire du réseau local de services (RLS) du Suroît;
- la demande d'autorisation pour aller en appel d'offres public pour la relocalisation des Services externes en dépendance de Montréal, situés au 3285, boulevard Cavendish, à Montréal.

### Renouvellements de baux

- la demande d'autorisation de renouvellement d'un bail – 181, rue Victoria, à Salaberry-de-Valleyfield;
- la demande d'autorisation de signature de deux avenants au bail pour l'ajout d'espaces locatifs et renouvellement – 26, rue Saint-Pierre, à Saint-Constant;
- la demande d'autorisation de renouvellement d'un bail – Centre de réadaptation en déficience physique – installation de Salaberry-de-Valleyfield – 30, avenue du Centenaire, à Salaberry-de-Valleyfield;
- l'avis de renouvellement automatique d'un bail – 383, boulevard du Séminaire Nord, à Saint-Jean-sur-Richelieu;
- la demande d'autorisation de renouvellement d'un bail – CLSC de Rigaud – 59, rue Saint-Viateur, à Rigaud;
- la demande d'autorisation de renouvellement d'un bail – Atelier et Centre d'activités de jour DI-TED – 157, 159, rue des Textiles, à Cowansville;
- la demande d'autorisation de renouvellement d'un bail – CLSC de Napierville – 509, rue St-Jacques, à Napierville;
- la demande d'autorisation de renouvellement d'un bail – Centre de services ambulatoires de Candiac, 87B, boulevard Marie-Victorin, à Candiac;
- la demande d'autorisation de renouvellement et de financement pour l'augmentation d'un bail – 88, rue Saint-Laurent, à Salaberry-de-Valleyfield.

## Comité soins et services à la clientèle

### Composition du comité

**Line Ampleman**, présidente

**Céline Rouleau**, secrétaire

**Philippe Besombes**, membre

**Dorice Boudreault**, membre

**Antoine Daher**, membre (depuis novembre 2018)

**Stéphane Dubuc**, membre

**Annabelle Lefebvre**, membre

**Yves Masse**, membre

**Patricia Quirion**, membre

**Jean-Pierre Rodrigue**, membre (jusqu'en novembre 2018)

**Lyne Daoust**, invitée permanente

### Mandat général

De façon générale, les responsabilités du comité consistent à :

- contribuer à l'amélioration du continuum de soins et de services et s'assurer de sa fluidité;
- assurer le suivi des dossiers clinico-administratifs du conseil des infirmiers et infirmières (CII), du conseil multidisciplinaire (CM) et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- recevoir et analyser les rapports annuels ou les recommandations du CII, du CM et du CMDP et s'assurer du suivi, le cas échéant;
- recevoir et analyser les rapports portant sur les mécanismes d'accès (ex. : listes d'attente);
- s'assurer que des actions sont posées pour favoriser la complémentarité des services avec ceux dispensés par les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et que l'organisation de ces services tient compte des besoins de la population;
- recevoir et analyser les dossiers de consolidation ou de développement de services et d'acquisition d'équipements médicaux;
- recevoir et analyser les rapports de suivi aux recommandations de l'organisme de normalisation et des différents ordres et corporations professionnels;
- assumer tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration;
- après chaque rencontre du comité, faire rapport au conseil d'administration de l'évolution des travaux du comité et lui transmettre ses décisions, ses commentaires ou ses recommandations, s'il y a lieu.

De façon spécifique, le comité doit entre autres :

- recevoir les résumés des rapports d'analyse, les projets cliniques, les objectifs d'amélioration et les plans de mise en œuvre et assurer le suivi au regard de l'organisation des services cliniques au sein de l'établissement;
- procéder à la révision des règlements du CII, du CM et CMDP et en recommander l'adoption au conseil d'administration;
- s'assurer de la mise à jour du plan d'organisation clinique (départements et services cliniques).

## Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2018-2019, les membres du comité soins et services à la clientèle se sont réunis à six reprises. Au cours de ces rencontres, le comité s'est penché sur les dossiers suivants :

- le cadre de référence sur l'organisation des services en DI-TSA-DP;
- la campagne de vaccination influenza – Bilan annuel 2017-2018 et planification 2018-2019;
- l'état de situation sur les résidences à assistance continue du territoire de l'Estrie;
- l'état de situation de la recherche au CISSS de la Montérégie-Ouest;
- l'évaluation du fonctionnement du comité soins et services à la clientèle 2017-2018;
- les mesures visant à réduire la pression dans nos hôpitaux (plan de contingence court terme, plan d'action pour améliorer le débordement et plan transitoire à l'arrivée de l'Hôpital de Vaudreuil-Soulanges);
- la philosophie des soins infirmiers;
- le plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020, bilan du plan de mise en œuvre;
- le plan d'amélioration découlant de la visite d'agrément 2017;
- le plan d'amélioration à l'égard des personnes handicapées (bilan 2017-2018 et actions 2018-2019);
- le plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (bilan 2017-2018 et actions 2018-2019);
- le plan triennal de conservation des équipements et du mobilier – Volet équipement médical 2019-2022;
- la Politique pour des environnements sans fumée, bilan de la phase 1 et déploiement de la phase 2;
- le projet de déploiement des services de sage-femme en Montérégie-Ouest;
- le projet Destination de milieu de vie volet 4, vers une trajectoire renouvelée en SAD;
- le projet FORCES : innovation pour l'organisation des soins et des services de proximité en accident vasculaire cérébral (AVC);
- le projet FORCES : une trajectoire renouvelée en santé mentale jeunesse pour une meilleure accessibilité;
- le projet d'implantation du continuum AVC et le suivi de la table régionale de coordination;
- le projet Optimisation du séjour hospitalier;
- le projet OPUS-AP, optimiser les pratiques, les usages, les services et les soins – antipsychotiques;
- la stratégie d'accès aux services de santé et de services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

Le comité a procédé aux recommandations suivantes auprès du conseil d'administration :

- l'adoption du Règlement sur les critères d'accès en centre d'activités (DPD);
- l'adoption du Règlement sur les critères d'admission des usagers en hébergement (DPSAPA);
- l'adoption du Règlement sur l'organisation de l'enseignement et de la recherche;
- l'adoption du Règlement sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des usagers;
- l'adoption de la révision du Règlement sur les règles de fonctionnement du comité soins et services à la clientèle;
- l'adoption de la Politique de lutte contre la maltraitance aux aînés (par voie électronique);
- l'adoption du protocole de mise sous garde en établissement pour les personnes dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui;
- la désignation d'un président et d'un secrétaire du comité soins et services à la clientèle;
- la désignation d'un représentant pour siéger au sein du comité ad hoc – Hôpital Vaudreuil-Soulanges.

Le comité a entériné les décisions suivantes :

- l'adoption de la planification annuelle des activités 2018-2019 du comité soins et services à la clientèle;
- l'adoption du rapport annuel 2017-2018 et 2018-2019 du comité soins et services à la clientèle;
- l'adoption de la demande de permis d'exploitation pour la création d'une nouvelle installation – Foyer de groupe en déficience physique de Longueuil.

Le comité a procédé au suivi des points statutaires suivants :

- les recommandations ou suivis des conseils professionnels (CII, CM et CMDP);
- la recommandation découlant de visites des ordres professionnels;
- le suivi des indicateurs cliniques critiques;
- les états de situation – dossiers problématiques et/ou médiatiques.

## Comité ad hoc - Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges

### Composition du comité

**Claude Jolin**, président, président du conseil d'administration

**Yves Masse**, président-directeur général

**Céline Rouleau**, présidente-directrice générale adjointe

**Michelle Harvey**, secrétaire, directrice générale adjointe

**Line Ampleman**, membre - comité soins et services à la clientèle

**Antoine Daher**, membre (depuis janvier 2019),  
médecin - membre du conseil d'administration

**Judith Dubé**, membre (jusqu'en septembre 2018),  
comité immobilisation et environnement

**Michel Laurendeau**, membre (jusqu'en septembre 2018),  
médecin - comité des ressources humaines

**Jean-Claude Lecompte**, membre (depuis janvier 2019),  
comité immobilisation et environnement

**Heather L'Heureux**, membre - comité de vérification

**Nicole Marleau**, membre - comité de vigilance et de la qualité

**Ghislain Rivet**, membre (jusqu'en mars 2018),  
médecin - membre du conseil d'administration

**Jean-Pierre Rodrigue**, membre - comité de gouvernance  
et d'éthique

**Éric Tessier**, membre (depuis janvier 2019),  
comité des ressources humaines

**Vincent Veilleux**, membre invité permanent, directeur  
du Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges (PHVS)

## Mandat général

Le mandat de ce comité est à durée déterminée, il prend fin à la clôture du projet. De façon générale, les responsabilités du comité ad hoc PHVS consistent à :

- assurer un suivi du PHVS dans le respect de la directive sur la gestion des projets majeurs d'infrastructure publique;
- s'assurer qu'une structure de consultation est mise en place afin de faire participer les acteurs clés;
- s'assurer que le cadre de gouvernance du projet favorise une synergie entre toutes les parties prenantes et suscite l'adhésion du plus grand nombre;
- favoriser une approche usager tout au long du projet.

De façon plus spécifique, le comité doit entre autres :

- s'assurer du suivi des diverses étapes du PHVS et en faire rapport au conseil d'administration;
- s'assurer que tout appel d'offres, toute analyse des soumissions et tout octroi de contrat sous la responsabilité de l'établissement sont réalisés conformément aux normes, aux conditions et selon les politiques et procédures;
- analyser les enjeux stratégiques pouvant survenir dans le cours de la réalisation du projet et faire des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu.

## Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2018-2019, les membres du comité ad hoc – PHVS se sont réunis à quatre reprises. Au cours de ces rencontres, le comité s'est penché sur les dossiers suivants :

- la préparation de son rapport annuel 2017-2018;
- l'évaluation annuelle 2017-2018 du comité ad hoc;
- la présentation du plan clinique;
- les suivis périodiques :
  - des travaux d'avancement du projet,
  - des travaux du comité de voisinage,
  - du budget relié au projet,
  - du programme fonctionnel (PF),
  - du site Web du projet et de la capsule vidéo.

Aucune recommandation n'a été formulée au conseil d'administration au cours de la période visée.

# CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

## Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

### Composition du comité exécutif

**Dr Gaétan Filion**, président et psychiatre

**Dre Claude Bourassa**, vice-présidente et chirurgienne générale

**Dr Sidney Maynard**, vice-président et omnipraticien

**Dr Benjamin Dahan**, trésorier et neurologue

**Maude St-Onge**, secrétaire et pharmacienne

**Dr Guillaume Bessière**, conseiller et omnipraticien

**Dre Andréa Chabot-Naud**, conseillère et omnipraticienne

**Dr Joseph Itovitch**, conseiller et urologue

**Dr Pierre-Luc Ouellet**, conseiller et interniste

**Dr Justin Wight**, conseiller et omnipraticien

**Poste vacant**, représentant RLS Vaudreuil-Soulanges

**Yves Masse**, président-directeur général

**Dr Abdo Shabah**, directeur des services professionnels  
et de l'enseignement médical (depuis mars 2019)

### Mandat général

Les responsabilités du comité consistent à :

- contrôler et apprécier la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques;
- évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens;
- faire des recommandations quant à la nomination des médecins, dentistes et pharmaciens;
- faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et sur les règles d'utilisation des médicaments applicables dans l'établissement;
- donner son avis sur les aspects professionnels quant à l'organisation technique et scientifique de l'établissement;
- faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale de l'établissement.

Et ce, dans le plus grand respect des droits des usagers.



## Bilan des activités

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) maintient ses activités en tenant compte du contexte de la réforme actuelle et conformément au mandat que lui confère la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Les responsabilités du CMDP sont exercées par le comité exécutif, qui est formé de 11 membres actifs élus par le conseil. Le président-directeur général et le directeur des services professionnels et de l'enseignement médical font aussi partie du comité exécutif.

La période 2018-2019 a été la troisième année du comité permanent. Plusieurs enjeux locaux et régionaux ont continué de mobiliser l'énergie du comité exécutif, et ce, relativement à son mandat. L'harmonisation des pratiques s'est poursuivie dans les diverses installations de l'organisation. Dans cette perspective, le comité a procédé à l'adoption de plusieurs ordonnances collectives et protocoles, nouveaux ou révisés, afin qu'ils soient utilisés dans l'ensemble de l'établissement. L'adoption de ces outils cliniques favorise une meilleure standardisation de la prise en charge par l'usage de ces protocoles communs.

Les visites de départements du comité exécutif se sont poursuivies cette année. L'objectif était de mieux comprendre la situation spécifique de chacun, ainsi que leurs enjeux en termes de qualité de la pratique. Les membres de l'exécutif ainsi que les chefs de départements en reconnaissent l'intérêt et ces visites seront maintenues pour la prochaine année. Elles présentent l'avantage de mieux faire connaître les enjeux des nombreux départements et diverses composantes formant notre organisation. Ces sujets font l'objet d'un point précis lors des rencontres régulières. Une révision périodique des enjeux soulevés sera intégrée dans les travaux annuels du comité exécutif.

Finalement, le CMDP est responsable envers le conseil d'administration de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes des médecins, des dentistes et des pharmaciens pratiquant au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.

## Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

### Composition du comité exécutif du CII (CECII)

**Chantal Rochefort**, présidente, DPSAPA  
**Pamela Arnott**, vice-présidente, DSIEU  
**Philippe Besombes**, secrétaire, directeur, DSIEU  
**Isabelle Blais**, officière, membre cooptée, DPSAPA  
**Isabelle Loiselle**, officière, DPD  
**Dave Métras**, officier (depuis novembre 2018), DQEPE  
**Danielle Paquin**, officière, DQEPE  
**Patricia Quirion**, officière, DPJASP  
**Amélie Roy**, officière, DPSMD  
**Jessica Roy**, membre cooptée, DSIEU  
**Kristen Schmid**, officière, membre cooptée, DPSAPA  
**Jany Tremblay**, membre cooptée (depuis janvier 2019), DSPEM  
**Yves Masse**, président-directeur général (PDG)  
**Céline Rouleau**, présidente-directrice générale adjointe (PDGA), substitut au besoin en remplacement du PDG  
**Chantal Careau**, directrice adjointe des soins infirmiers ainsi que de la qualité et de l'évolution de la pratique, DSIEU

### Composition du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

**Éric Auger-Labrie**, président, DSIEU  
**Karine Montreuil**, vice-présidente, DPJASP  
**Joan Castonguay**, vice-présidente par intérim et membre cooptée (depuis janvier 2019), DSPEM  
**Chantal Careau**, secrétaire, DSIEU  
**Annie Girard**, membre cooptée, DPSAPA  
**Karine Lavoie**, membre cooptée (mai à septembre 2018), DPD  
**Mélissa Luger**, membre cooptée (depuis septembre 2018), DPSMD  
**Brigitte Rochon**, membre cooptée, DSIEU

### Comité relève infirmière (CRI)

**Dave Métras**, président (mai à novembre 2018), DQEPE  
**Paméla Yvon**, présidente (depuis novembre 2018), DPSMD  
**Martine Leloup**, vice-présidente, DSIEU  
**Karine Parent**, membre, DSIEU  
**Jany Tremblay**, membre cooptée (depuis janvier 2019), DSIEU

## Mandat général

Les responsabilités du conseil des infirmières et infirmiers envers le conseil d'administration sont les suivantes :

- apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers accomplis dans le CISSS et, le cas échéant, en collaboration avec le CMDP, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8) et exercées dans l'établissement;
- émettre des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans le CISSS;
- émettre des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans l'organisation;
- émettre des recommandations sur la distribution appropriée des soins offerts par leurs membres dans le CISSS;

- donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (LSSSS, article 370.3 et LMRSSS, article 87);
- donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui touchent les soins infirmiers (LSSSS, article 370.3 et LMRSSS, article 87);
- donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population (LSSSS, article 370.3 et LMRSSS, article 87);
- fournir un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent (LSSSS, article 220);
- donner son avis au PDG sur les questions suivantes :
  - organisation scientifique et technique du CISSS,
  - moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et des infirmiers,
  - toute autre question que le PDG porte à son attention (LSSSS, article 221);
- assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

## Bilan des activités

Les membres du CECII ont tenu sept rencontres de sept heures en présence et deux rencontres téléphoniques de deux heures pour un total de 53 heures.

Durant ces rencontres, ils se sont penchés sur ce qui suit :

- la consultation de onze règles de soins pour :
  - les urgences,
  - le milieu scolaire,
  - l'administration de médicaments,
  - les plaies;
- l'étude de trois politiques, soit :
  - l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle,
  - la présence et l'implication des familles et des visiteurs,
  - la gestion des lits;
- l'étude du Règlement sur les conditions d'admission d'usagers atteints de maladies infectieuses transmissibles ou porteurs d'un microorganisme multirésistant;
- la pénurie et l'attraction du personnel en soins infirmiers;
- le tronc commun d'orientation DSIEU en milieu hospitalier;
- la collaboration pour l'appropriation de la philosophie des soins de l'établissement ainsi que du référentiel de compétences par les milieux;
- la collaboration pour l'appropriation du répertoire des actes infirmiers;
- la lecture d'audits faits par la DSIEU;
- l'organisation des activités des semaines des soins qui incluent les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires en santé et services sociaux;
- la rédaction de deux avis concernant un appui à la philosophie de soins ainsi que sur la préoccupation du CECII au regard de la qualité de la prestation de soins.

Deux rencontres de trois heures ont également eu lieu avec le conseil multidisciplinaire (CM) afin de collaborer sur des dossiers communs.

### Autres activités :

- la participation au comité de sélection des Prix Inspiration du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- la participation au forum sur la pratique infirmière de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Le développement et l'appropriation du rôle du CECII se poursuivent de manière soutenue alors que l'équipe est très engagée et proactive dans ses interventions.

## Conseil multidisciplinaire (CM)

### Composition du comité exécutif (CECM)

**Nancie Poulin**, présidente, DPD

**Caroline Boudreault**, vice-présidente, DPJASP

**Mélissa Leduc**, trésorière, DSMREU

**Venessa Lafrenière**, secrétaire, DPD

**Joannie Bergeron**, officière (depuis décembre 2018), DPSMD

**Céleste Côté**, officière (depuis novembre 2018), DSMREU

**Jérémie Daoust**, officier (jusqu'en octobre 2018), DPD

**Pascale Maillette**, officière (depuis novembre 2018), DSMREU

**Guylaine Sarrazin**, officière, DPSMD

**Isabelle Violet**, officière, DRF

**Yves Masse**, président-directeur général

**Stéphane Dubuc**, directeur des services multidisciplinaires  
et de l'enseignement universitaire

### Mandat général

Le conseil multidisciplinaire a la responsabilité de voir à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle au CISSS de la Montérégie-Ouest. Également, il peut émettre des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services offerts par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes de l'établissement. Le CM a un pouvoir de recommandation et d'avis et joue donc un rôle-conseil. Il est composé des membres du personnel qui sont titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire et exerçant pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement.

Le CM est responsable envers le conseil d'administration et doit entre autres :

- constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
- émettre des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services donnés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes de l'établissement;
- assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration. Le CM est responsable envers le PDG de donner son avis sur les questions suivantes :
  - l'organisation scientifique et technique de l'établissement,
  - les moyens à prendre pour évaluer et maintenir les compétences de ses membres,
  - toute autre question portée à son attention.

## Bilan des activités

L'année 2018-2019 fut centrée sur le recrutement de membres à l'exécutif, la réalisation des mandats du CM et les travaux pour optimiser et pérenniser les procédures en place. Le tout, en maintenant et en améliorant la communication avec les membres.

Malgré les efforts soutenus de recrutement, l'exécutif est demeuré incomplet (9 officiers sur 13). De plus, le défi de concilier les tâches professionnelles avec l'implication au CECM demeure et a pour effet de limiter la capacité à atteindre l'ensemble des buts ciblés. Des travaux se poursuivront afin d'apporter des pistes de solution à cet enjeu l'an prochain avec comme objectifs de favoriser le maintien et l'engagement des membres de l'exécutif en place et de mousser le recrutement.

Plusieurs actions ont toutefois été menées en cours d'année. Notons la création d'un comité de pairs en physiothérapie, la consultation du comité exécutif sur plusieurs politiques et documents organisationnels et la participation au comité de gestion des risques, au comité stratégique de prévention et de contrôle des infections ainsi qu'au comité tactique du projet portant sur le soutien à l'encadrement clinique. Quatre demandes d'avis ont également été reçues et sont présentement à l'étude en sous-comités de travail.

La présidente du conseil multidisciplinaire a également participé aux deux tables de concertation des présidents des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires du Québec. Il y a aussi eu la participation au Congrès de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) en novembre 2018.

Finalement, plusieurs efforts ont été déployés (visioconférences, atelier de consultation avec souper-conférence) en juin et en novembre 2018 pour rencontrer les membres. Malheureusement, le quorum requis n'a pas été obtenu et les assemblées ont été annulées. Malgré tout, certains commentaires des membres ont été recueillis lors de ces événements et seront pris en compte dans l'organisation de la prochaine assemblée générale.

### Autres activités :

- un plan de communication : 18 articles parus dans l'espace CISSSMO (comité de pairs, vedette de la semaine, promotion des assemblées, visage du CM, positionnement du CM);
- la participation au comité des modalités de soutien clinique;
- la participation au comité de sélection des Prix Inspiration du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- une rencontre entre le CM, le CII et le CMDP en mai 2018;
- des rencontres de travail avec l'exécutif du CII en novembre 2018 et mars 2019.

## Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

### Composition du comité exécutif

**Lucille Béliveau Bargiel**, présidente

**Micheline Tellier**, vice-présidente

**Paul St-Laurent**, secrétaire et trésorier

**Nicole Marleau**, déléguée du conseil d'administration

### Composition du comité des usagers du centre intégré

**Lionel Beaulieu**, membre

**Jacques-André Bessette**, membre (depuis janvier 2019)

**Jean-Gilles Bourdeau**, membre

**Mark Hayter**, membre

**Irene Konecny**, membre

**Réal Lavigne**, membre

**Thérèse Legault**, membre (jusqu'en janvier 2019)

**Judith Lussier**, membre (jusqu'en mars 2019)

**Debra Shea**, membre (jusqu'en novembre 2018)

### Personne-ressource

**Suzanne Globenski**, (jusqu'en novembre 2018)

**Étienne Rivest**, (depuis janvier 2019)

### Mandat général

Le comité des usagers du CISSS a poursuivi ses efforts tout au long de l'année avec le souci premier de soutenir les comités de proximité dans le cadre de leurs fonctions respectives. Indispensables pour représenter la réalité spécifique de nos diverses missions, les comités de proximité sont également des incontournables afin de répondre au défi que représente l'étendue du territoire, qui va au-delà de la Montérégie-Ouest (Montérégie et 2 RLS en Estrie pour la réadaptation et la dépendance, en plus de l'île de Montréal pour la dépendance, secteur anglophone).

## Bilan des activités

La participation accrue des membres du comité aux rencontres, dont la durée est maintenant d'une journée, témoigne de leur implication et d'une grande collaboration entre chacun. Durant ces réunions, les membres se sont, entre autres, entendus sur des projets spéciaux qui permettent d'utiliser adéquatement la totalité des budgets. Ceux-ci profiteront à l'ensemble des comités de proximité, soit les comités des anciennes composantes, pour leur promotion et pour la défense des droits des usagers.

En octobre 2018, une rencontre réussie sous le thème de «Partenariat, usagers partenaires, en quoi cela nous concerne?» a été proposée aux membres des comités. La présidente du CUCI a par ailleurs participé aux rencontres du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) et du MSSS traitant du Cadre de référence relatif aux comités des usagers et comités des résidents, ainsi qu'à la nouvelle Table des présidents des CUCI.

Quelques membres ont aussi participé à diverses activités de l'établissement :

- le conseil d'administration et son comité de vigilance;
- le comité de gestion des risques et de la qualité;
- les marches exploratoires dans le cadre d'un environnement sans fumée;
- le comité de pilotage pour un environnement sans fumée;
- le comité de pilotage du code d'éthique;
- le comité primauté de la personne;
- les rencontres bilans lors des visites ministérielles d'évaluation;
- les rencontres organisées par la Direction des programmes Déficiences;
- la préparation d'un sondage sur les usagers des CHSLD en collaboration avec le RPCU et l'Université de Sherbrooke;
- le comité de sélection pour le poste de chef de service en gestion des risques et de la qualité en DI-TSA-DP;
- la sélection des gagnants aux Prix Inspiration qui récompensent les projets innovants et des personnes méritant une mention spéciale.

Lors de nos rencontres régulières, diverses présentations nous ont permis d'en connaître davantage sur les politiques de l'établissement et sur les projets réalisés ou en cours :

- le continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral;
- la Politique sur l'admissibilité au stationnement pour les personnes vulnérables;
- la Politique pour des environnements sans fumée;
- le projet de construction de l'hôpital de Vaudreuil-Soulanges;
- le projet de Politique sur la maltraitance;
- l'approche de partenariat de soins;
- le soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- le projet ratio pour les soins infirmiers;
- le projet sur les heures de visite;
- les soins palliatifs et de fin de vie;
- l'évaluation de l'intégration des services en DI-TSA-DP.

Le comité est heureux d'avoir pu profiter de la présence régulière de la répondante de l'établissement, Mélanie Dubé, pour obtenir des réponses à ses questions et pour partager ses préoccupations. Ainsi, les membres ont pu s'exprimer sur la syndicalisation des personnes-ressources, sur les comités inactifs ou en difficulté, sur les attentes pour l'accès à un médecin de famille, sur la tarification des stationnements, sur les sondages de satisfaction, sur les pochettes remises à l'accueil aux nouveaux usagers et à leurs représentants en DI-TSA-DP, sur l'accès à l'information pour les usagers, sur la ligne 1 800 pour certains comités, sur les repas dans quelques CH et sur l'accès aux services en dépendance (Maison William). Un autre de nos défis consiste en la diversité des mandats des comités, soit la santé et les CHSLD, d'une part, et les missions spécialisées, d'autre part.

En terminant, nous tenons à remercier Étienne Rivest pour son soutien à titre de secrétaire. Il a accepté, sur une base provisoire, d'assumer les tâches requises pour le fonctionnement du comité jusqu'à ce que nous trouvions quelqu'un pour occuper ces fonctions. Merci également aux personnes qui ont dû nous quitter en cours d'année et aux membres de l'exécutif toujours disponibles pour se pencher sur l'un ou l'autre des dossiers. Ces bénévoles engagés ne comptent pas leurs heures quand il s'agit d'améliorer la qualité de vie des usagers de l'établissement.

## Comité d'éthique clinique (CEC)

### Composition du comité de coordination

**Chantal Bégin**, membre (jusqu'en mai 2018), CPQS  
**Brigitte Dandurand**, membre (jusqu'en mai 2018), DPSAPA  
**Yvan Girard**, membre, DPSAPA  
**Louise Harvey**, membre, DSMREU  
**Véronique Labelle**, membre, DQEPE  
**Vincent Tam**, membre (jusqu'en août 2018), DPHVS  
**Nathalie Tremblay**, membre (depuis août 2018), DPD

### Composition du comité CEC

**Sonia Bellefleur**, membre, DPD  
**Chantale Boulay**, membre, DSMREU  
**Manuel Campeau**, membre, DSMREU  
**Johanne Choquet**, membre, DPD  
**Isabelle Deschamps**, membre, DPJASP  
**Alina Mariana Drogeanu**, membre, DSPEM  
**Julie Dumas**, membre, DPD  
**Virginie Gagnon**, membre, DPD  
**Marie-France Giard** membre (jusqu'en septembre 2018), DPD  
**Normand Gilbert**, membre usager-ressource (depuis septembre 2018)  
**Julie Globensky**, membre (jusqu'en mars 2019), DPJASP  
**Valérie Lecavalier**, membre, DPD  
**Annie Marceau**, membre, DSIEU  
**Marie-Ève Poirier**, membre, DRHCAJ  
**Martine Poissant**, membre (jusqu'en août 2018), DPJASP  
**Anika Pratte**, membre, DPD  
**Émélie Proulx**, membre, DPSMD  
**Cynthia Rajnath**, membre, DPD  
**Annie Rouleau**, membre, DPSMD  
**Carole Roy**, membre, DPSAPA

### Mandat général

Le comité d'éthique clinique assure la réponse aux demandes de consultation en éthique clinique des intervenants et des équipes du CISSS de la Montérégie-Ouest. Relativement aux valeurs organisationnelles et individuelles, différentes instances (prestataires de soins de santé, usagers, membres de la famille ou organisations) sont parfois en contradiction à propos des valeurs qui sous-tendent la meilleure décision à prendre dans le cadre d'une prestation de soins et de services. Le comité d'éthique clinique soutient ainsi les équipes en préconisant le dialogue comme mécanisme de réflexion nécessaire à la prise de décision et aux choix des meilleures actions à accomplir dans un contexte de prestation de soins et de services.

## Bilan des activités

Le CEC est entré, au cours de l'année 2018-2019, dans une phase de développement et d'évolution. Pour ce faire, il a pu compter sur l'engagement de l'ensemble de ses 21 membres, incluant les quatre membres du comité de coordination du comité d'éthique clinique, de même que sur l'appui du Centre d'éthique du CISSS de Laval.

Durant l'année 2018-2019, 33 demandes de consultation ont été traitées, dont 12 avaient été reçues durant l'année 2017-2018. De ces 33 demandes, 31 ont été fermées au 31 mars 2019. Le CEC s'est réuni à cinq occasions au cours de l'année. Lors d'une de ces rencontres, une journée complète de formation et d'activités liées à l'éthique a été offerte. Pour leur part, les membres du comité de coordination du comité d'éthique clinique se sont réunis à cinq reprises afin de déterminer la programmation et les orientations du CEC.





# FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS\*

## Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (DPJASP)



Campagne de sensibilisation sur la Politique  
pour des environnements sans fumée

### Déploiement de la Politique pour des environnements sans fumée

Le 31 mai 2018 marquait l'actualisation de la première des trois phases de l'entrée en vigueur de la Politique pour des environnements sans fumée. L'horizon de déploiement complet est prévu sur une période de trois ans. C'est ainsi que 27 installations de l'établissement dont les CLSC, les services externes, les centres de services ambulatoires et les bureaux administratifs dont nous sommes les propriétaires ou l'unique locataire sont devenus des terrains sans fumée, ce qui inclut les stationnements. Afin de soutenir la population dans la cessation tabagique et parce que l'aide des professionnels augmente les chances de réussir, nous proposons gratuitement des rencontres individuelles ou de groupe dans nos centres d'abandon du tabagisme. En offrant des environnements sans fumée, le CISSS devient un modèle dans l'amélioration de la santé de la population et favorise la santé de tous. Pour suivre les avancées du projet, rendez-vous sur [monteregiesansfume.com](http://monteregiesansfume.com).

### Nouveaux investissements pour le programme jeunes en difficulté (JED)

Au cours de la dernière année, des investissements supplémentaires ont permis d'intensifier les soins et les services au programme JED. Grâce à ce soutien financier additionnel, nous avons pu faciliter l'accessibilité aux soins et aux services pour les jeunes et leur famille. En effet, au 31 mars 2018, 66,5 % de nos premières interventions s'effectuaient dans un délai de 30 jours. Au 31 mars 2019, ce pourcentage est passé à 86 %, soit une augmentation de près de 29 % alors que la cible ministérielle est de 75 %. Ce sont 7 500 jeunes qui ont bénéficié de l'expertise de nos équipes JED en 2018-2019, une augmentation d'environ 700 depuis la création de notre CISSS.

\* Cette section contient plusieurs acronymes, consultez la liste en pages 6 et 7.

“ LE PROJET EVA/AVA  
 VISE À OUTILLER  
 LES ENFANTS DE  
 4 À 17 ANS POUR FAIRE  
 FACE À L'INCONFORT  
 DE L'ANXIÉTÉ AFIN D'EN  
 DIMINUER LA FRÉQUENCE  
 ET L'INTENSITÉ.

### Programme de groupes pour les enfants et les adolescents vivant de l'anxiété (EVA/AVA)

Alors que la moitié de nos références jeunesse concerne les enfants aux prises avec des problèmes anxieux, il devenait essentiel de trouver un programme pouvant venir en aide aux jeunes. Le projet EVA/AVA vise à outiller les enfants de 4 à 17 ans pour faire face à l'inconfort de l'anxiété afin d'en diminuer la fréquence et l'intensité. Cette approche de groupe permet aux participants de mieux comprendre ce qu'est l'anxiété, de savoir comment y réagir, de normaliser leurs peurs et de réaliser qu'ils ne sont pas les seuls dans leur situation.

Les commentaires énoncés par les enfants et leurs parents à la fin du groupe sont éloquentes. La très grande majorité des parents rapportent des changements significatifs chez leur enfant et dans la dynamique familiale. Ces familles ont su développer un langage commun et se sentent plus à l'aise de répondre aux symptômes anxieux qui peuvent se manifester chez l'enfant.

En plus d'avoir remporté un prix au concours des Prix Inspiration de l'établissement, le programme EVA a été retenu parmi les quatre finalistes nationaux aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux et nous en sommes très fiers!

### Recertification Initiative Amis des bébés (IAB)

Le programme IAB mise sur l'excellence de la qualité des soins offerts aux mères et aux nourrissons. Seulement 95 des 448 CLSC au Québec et 10 hôpitaux au Canada ont reçu la certification Initiative Amis des bébés. De ce nombre font partie les CLSC Kateri, Châteauguay et Vaudreuil-Soulanges ainsi que l'Hôpital Anna-Laberge. En 2018, les CLSC Châteauguay et Kateri ont reçu pour une deuxième fois la certification IAB. Lancée en 1991 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), cette initiative qui profite à toutes les mères et leurs bébés, que l'enfant soit allaité ou non, vise la création de milieux de soins où l'allaitement maternel constitue la norme. Assurant la croissance et le développement optimal de l'enfant, l'allaitement maternel procure des bienfaits sur la santé autant pour le bébé que pour la maman. C'est pourquoi l'établissement s'est doté d'une politique pour protéger, soutenir et encourager l'allaitement.

### Augmentation du taux de vaccination chez les enfants de 1 an

La vaccination est l'une des mesures les plus efficaces pour protéger la santé des enfants et de la population. De plus, la mesure est optimisée lorsque le vaccin est donné en respect du calendrier vaccinal. C'est dans cette optique que les membres de l'équipe de la petite enfance et de la santé publique ont travaillé de concert afin d'améliorer la couverture vaccinale dans les délais prescrits auprès des enfants d'un an. Les résultats observés ont été remarquables. Alors qu'au 31 mars 2018, 66,4 % des vaccins étaient administrés selon le calendrier de vaccination, au 31 mars 2019, ce sont 81 % des enfants qui avaient reçu leur vaccin en temps opportun.

## Direction des programmes Déficiences (DPD)

### Implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF

La DPD s'est vu confier la réalisation des travaux entourant l'implantation dans l'ensemble des programmes à la clientèle du Cadre de référence – Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF), et ce, en collaboration avec différents partenaires internes. Grâce à un travail de collaboration interdirections avec la DPSAPA, la DPSMD, la DSMREU et la DQEPE, l'ensemble des processus clinico-administratifs a été revu et harmonisé. De plus, un guide d'accompagnement clarifiant les rôles et les responsabilités des intervenants impliqués auprès de la clientèle hébergée en RI-RTF a été conçu afin de les soutenir dans l'appropriation de ce nouveau cadre de référence, principal outil pour l'organisation, la gestion et la prestation de services en RI-RTF au Québec.

Ce travail colossal nous a permis d'établir nos procédures et nos mécanismes de collaboration internes et externes, en plus de nous aider à assurer la qualité et la sécurité de nos usagers, de nos employés et de nos ressources. Ceci nous permet également d'assurer un suivi de la qualité des services offerts aux usagers hébergés, tout en favorisant une relation de partenariat avec les RI-RTF. De plus, ce nouveau guide est en conformité avec nos obligations légales, les ententes nationales avec les RI-RTF et la trajectoire de services du MSSS.

### Ouverture de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique (URFI-DP) à Boucherville

“ EN COHÉRENCE AVEC NOTRE MISSION ET NOTRE VISION DE LA DP, CE SONT DONC PLUSIEURS ÉQUIPES [...] QUI S'ENTRAIDENT AFIN D'OFFRIR DES SERVICES SPÉCIALISÉS AUX USAGERS SELON LES MEILLEURES PRATIQUES RECONNUES.

C'est mission accomplie pour l'ouverture de l'URFI-DP à Boucherville et du guichet d'accès. Une planification rigoureuse a été nécessaire tout au long des phases préalables en vue de cette ouverture et du déploiement. Cette unité accueille des usagers âgés de 16 ans et plus qui présentent un traumatisme craniocérébral (TCC), une blessure orthopédique grave (BOG), une amputation d'un membre ou une condition neurologique (AVC ou autre). L'URFI-DP est un lieu où l'utilisateur reçoit, pour une durée limitée, des services intensifs de réadaptation spécialisée, nécessaires à la récupération des fonctions permettant un retour sécuritaire à domicile ou vers un milieu de vie substitué, le cas échéant. En cohérence avec notre mission et notre vision de la DP, ce sont donc plusieurs équipes (soins infirmiers, cliniques, guichet d'accès et médicales) qui s'entraident afin d'offrir des services spécialisés aux usagers selon les meilleures pratiques reconnues.

## Une structure par programme au bénéfice de la qualité des services offerts aux usagers

Le 1<sup>er</sup> avril 2018 marquait le début de l'implantation de la nouvelle offre de service structurée par programme à la DPD. Ceci a permis d'ajuster notre offre de service pour mieux répondre aux besoins spécifiques et diversifiés de nos usagers. Différents moyens ont été mis en place pour consolider la spécialisation des services, dont le regroupement

des équipes par clientèle ou par expertise et la répartition des usagers en fonction de leurs besoins. Nous avons également harmonisé nos processus cliniques et évalué certains de nos programmes. Un transfert de connaissances a été effectué sur l'offre de service de chacun des programmes, des approches et des modalités de service. En cohérence avec ces changements, de la formation a été offerte à nos employés. Nous poursuivrons sur cet élan durant les prochains mois afin d'offrir une qualité de service optimale à notre clientèle.



Installation URFI-DP à Boucherville

## Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

### Réalisation de la phase 1 du projet Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services antipsychotiques (OPUS – AP)

Les médicaments nommés *antipsychotiques*, fréquemment utilisés pour réduire les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, peuvent comporter des risques pour la santé des usagers (chutes, somnolence, AVC, etc.). Le projet OPUS-AP vise à favoriser des interventions non pharmaceutiques. La première phase du projet s'est déroulée entre janvier et octobre 2018 au Centre d'hébergement et CLSC de Coteau-du-Lac auprès des personnes atteintes de ces symptômes. Réduire ou éliminer les antipsychotiques chez les aînés afin de diminuer l'anxiété et les risques de dépression leur procure une meilleure autonomie fonctionnelle et un plus grand contrôle sur leur

vie. En plus de contribuer à améliorer la qualité et l'expérience des soins, les résultats démontrent une réduction du sentiment d'impuissance chez les proches.

Parmi les stratégies déployées, notons des caucus hebdomadaires organisés avec le personnel pour rechercher des idées et des approches d'intervention afin de mieux répondre aux besoins des 23 résidents visés par le projet.

Durant la prochaine année, le déploiement de la phase 2 du projet se fera dans sept CH de l'établissement. Pour consulter le bilan de la phase 1 et l'affiche résumant le projet, voyez notre page Internet dédiée au projet: [santemonteregie.qc.ca/ouest/opus-ap-reduction-des-antipsychotiques-en-chsld](http://santemonteregie.qc.ca/ouest/opus-ap-reduction-des-antipsychotiques-en-chsld).

### Projet pilote portant sur les soins buccodentaires en CHSLD

La mise en œuvre de soins dentaires préventifs et curatifs et l'hygiène quotidienne de la bouche en CHSLD ont contribué significativement à améliorer la santé et le bien-être des usagers du CHSLD Cécile-Godin. Retenu pour être l'un des trois sites pilotes au Québec, notre CHSLD a obtenu les services d'un dentiste et d'une hygiéniste dentaire. En plus des soins dentaires préventifs et curatifs, ainsi que l'hygiène quotidienne de la bouche adaptée et personnalisée pour tous les usagers, nos aînés ont pu également recevoir une évaluation de leur santé buccodentaire. De plus, une formation a été offerte au personnel soignant. Ces améliorations des soins et des services offerts à la clientèle hébergée diminuent les risques de carie et d'infection pouvant causer de la douleur, améliorent le confort et la qualité de vie des usagers en plus de favoriser de bonnes fonctions masticatrices

“ RETENU POUR ÊTRE  
L'UN DES TROIS SITES PILOTES  
AU QUÉBEC, NOTRE CHSLD  
A OBTENU LES SERVICES  
D'UN DENTISTE ET D'UNE  
HYGIÉNISTE DENTAIRE.

essentielles à une saine alimentation. Durant la prochaine année, le nouveau Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche sera déployé dans l'ensemble des CH de l'établissement.

### **Communauté de pratique en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)**

Une nouvelle communauté de pratique en SPFV a vu le jour cette année. L'objectif est d'améliorer l'offre de soins et de services en SPFV, d'encore mieux intégrer les besoins des usagers et de leurs proches et d'en faire la promotion pour une meilleure compréhension de tous. Par le soutien clinique, cette communauté permet d'augmenter et de développer les compétences de nos intervenants tout en harmonisant les façons de faire. Les rencontres interdisciplinaires favorisent le partage des différentes expertises, ce qui enrichit les pratiques cliniques.

### **Programme de places transitoires pour l'évaluation-intervention-orientation (PEIO)**

Prendre le temps de bien évaluer un usager lorsque sa période de soins aigus est terminée est gagnant. En effet, cette étape est très importante autant pour l'usager, qui bien souvent est en mesure de retourner dans son milieu de vie une fois les interventions achevées, mais ce l'est également pour l'organisation, qui utilise de façon plus optimale ses lits de soins actifs pour la bonne clientèle. Ainsi, les usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) ne nécessitant plus les soins aigus d'un hôpital sont désormais dirigés vers un lieu transitoire, soit une unité PEIO offerte dans une résidence privée pour personnes âgées. Ce continuum de service pour les personnes âgées est complémentaire aux services des équipes du soutien à domicile (SAD) et est une alternative spécifique pour favoriser le soutien à domicile. La réadaptation des usagers doit être réalisée dans des milieux adaptés afin de favoriser une récupération fonctionnelle. C'est donc dans un esprit de partenariat qu'a été créé ce service. Le bien-être des personnes âgées est une responsabilité partagée où les rôles de

l'établissement et de nos partenaires, telles les résidences pour personnes âgées (RPA) ou les ressources intermédiaires (RI), sont mis à contribution afin de mettre en place ce nouveau PEIO.

### **Ouverture de 12 lits de soins palliatifs au CH de La Prairie**

La DPSAPA a eu le plaisir de procéder à l'ouverture de 12 lits en soins palliatifs au CH de La Prairie au début du mois de septembre 2018. Cet ajout de lits, issu de la récente conversion de lits d'hébergement en une nouvelle unité accueillant une clientèle en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV), vient rehausser l'offre de service de l'organisation pour ces usagers.

Toujours dans un souci d'améliorer l'accès aux soins et aux services de santé pour la population de la Montérégie-Ouest, la conversion de ces lits pour les besoins en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) a nécessité certains changements internes touchant les lieux physiques, la structure de main-d'œuvre et l'équipe médicale. Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire et l'équipe médicale. Les soins et services sont adaptés aux besoins, aux préférences et aux valeurs de l'usager dans le respect de sa volonté.

## Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD)

### Programme d'accompagnement justice et santé mentale (PAJ-SM)

Reconnues dans d'autres régions du Québec comme offrant une valeur ajoutée pour l'individu, les équipes de santé mentale ont implanté le PAJ-SM. Ce modèle novateur de pratiques s'adresse aux adultes ayant commis des infractions criminelles dans les districts judiciaires de Longueuil et de Beauharnois. Le but est de leur offrir une solution de rechange au système judiciaire traditionnel en proposant une prise en charge globale par différents intervenants. Il s'agit donc de proposer des services de soutien plutôt que d'imposer une sentence judiciaire.

Ce travail de partenariat entre deux systèmes distincts, soit les services en santé mentale et le système de justice, place la personne au centre de la discussion afin de lui offrir une voie de rétablissement et d'aide pour résoudre ses difficultés. L'accès aux services en santé mentale en est donc facilité. Toujours axée sur le rétablissement de la personne, voilà une belle illustration des forces de partenariat et d'innovation des professionnels des équipes de santé mentale.

### Atelier sur les dépendances et la réussite éducative

Ce projet de prévention favorise la persévérance scolaire chez les jeunes présentant des risques de consommation problématique ou ayant une consommation affectant leur motivation et leur rendement scolaire. Par ce projet, les services de réadaptation en dépendance souhaitent sensibiliser les jeunes aux impacts personnels et scolaires des dépendances et créer un lien de confiance avec cette clientèle afin de favoriser l'accès aux services de réadaptation.

Plus de 750 jeunes ont été sensibilisés depuis septembre 2018 par ce projet alors que la cible était de 100. En plus d'encourager la persévérance scolaire, ces ateliers permettent de détecter et de repérer les jeunes à risque, favorisant ainsi l'accès à nos services.

“ PLUS DE 750 JEUNES  
ONT ÉTÉ SENSIBILISÉS  
DEPUIS SEPTEMBRE 2018  
PAR CE PROJET ALORS QUE  
LA CIBLE ÉTAIT DE 100.



### **Nouveau projet de collaboration entre la DPSMD du CISSS de la Montérégie-Ouest, le CISSS de la Montérégie-Est, l'Établissement de détention de Sorel-Tracy, le Service de probation et le Service de surveillance communautaire**

Dans le cadre de la mission régionale en dépendance de notre organisation, les détenus de l'Établissement de détention de Sorel-Tracy reçoivent désormais des services des intervenants du CISSS de la Montérégie-Ouest. En plus de permettre à nos équipes de faire rapidement l'évaluation des besoins de ces personnes, l'orientation vers nos services est facilitée lors de leur sortie du centre de détention.

Ce projet de collaboration présente un bilan très positif. En effet, 45 usagers ont été rencontrés pour un suivi au courant de l'année. Le bilan au 31 décembre 2018 démontre que 241 heures en présence sur 24 semaines ont été effectuées. Une excellente collaboration s'est établie avec l'ensemble des partenaires et un sondage auprès de la clientèle démontre des taux de satisfaction très élevés relativement aux services reçus. S'inscrivant dans les meilleures pratiques en matière d'intervention, la DPSMD poursuivra ce projet en 2019-2020 dans l'objectif de le pérenniser.

### **Collaboration entre l'équipe du Service externe en dépendance du CISSS de la Montérégie-Ouest et les équipes médicales et psychosociales de l'Unité d'évaluation et de traitement transitoire (UETT) de l'Hôpital de Saint-Jean-sur-Richelieu**

Il s'agit ici d'un exemple probant de collaboration entre les services régionaux en dépendance et ceux de santé mentale. La qualité des services est ainsi rehaussée par ce traitement intégré basé sur les meilleures pratiques en matière d'intervention auprès des individus aux prises avec un trouble concomitant de dépendance et de santé mentale.

En effet, un intervenant des services de dépendance est présent à l'UETT à raison de 3 demi-journées par semaine. Ainsi, il peut acheminer les cas qu'il y détecte vers une activité d'accueil du Service externe en dépendance, où sera faite une évaluation des besoins de l'utilisateur, pour une meilleure fluidité des services. En tout, il y a eu 121 demandes de services pour 102 usagers différents desservis dans le cadre du projet en 2018-2019 (périodes financières 1 à 10).

## Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU)

### Création de plans d'orientation harmonisés pour le personnel en soins infirmiers

Afin de travailler à la rétention de nos nouveaux employés à la suite des journées d'accueil, trois plans d'orientation pour le personnel en soins infirmiers ont été harmonisés dans un souci d'équité, de cohérence et d'efficacité. Il s'agit de ceux en milieu hospitaliers, en CHSLD et en CLSC (première ligne).

Les plans d'orientation, désormais mieux adaptés aux besoins du nouveau personnel, ont permis de renforcer le sentiment d'appartenance à l'égard de l'établissement. Basés sur les profils de compétences des titres d'emploi en soins infirmiers à la DSIEU, ces plans augmentent l'efficacité des parcours d'accueil, alors que certains étaient orientés sur plusieurs jours et d'autres dans un délai jugé trop court.

Désormais, tout personnel infirmier nouvellement embauché reçoit une orientation «tronc commun» structurée et harmonisée, peu importe l'hôpital, le CHSLD ou le CLSC où il sera assigné. Cette formation commune aide à la flexibilité et à la polyvalence des nouveaux employés, qui peuvent entrer en fonction dans plusieurs installations.

### Sensibilisation du personnel à l'hygiène des mains : la chambre des erreurs

L'application des bonnes mesures de prévention et de contrôle des infections permet d'offrir des soins de santé de qualité et plus sécuritaires aux usagers, d'où une diminution de la transmission des infections nosocomiales. Afin de sensibiliser les travailleurs de la santé aux bonnes pratiques en prévention et contrôle des infections, notamment l'hygiène des mains, nous avons proposé aux employés une activité ludique sous forme d'enquête.



L'activité « la chambre des erreurs » effectuée afin de sensibiliser le personnel à l'hygiène des mains

Une campagne de sensibilisation s'est donc déroulée sur une période de trois semaines au mois d'octobre 2018. Ce sont 1 088 travailleurs de la santé, 30 gestionnaires et 60 médecins qui ont ainsi visité notre « chambre des erreurs ». En effet, nous avons créé une chambre où il y avait 10 erreurs à trouver sur la prévention et le contrôle des infections (sac de sonde urinaire sur le sol, appareil déposé dans le lit de l'utilisateur, présence de liquides biologiques dans l'environnement, etc.).

Cette activité a permis de responsabiliser les travailleurs de la santé à leur rôle primordial dans la lutte contre les infections nosocomiales. Une campagne régionale sera déployée au cours de l'année 2019, toujours sous forme d'enquête, en utilisant la technologie informatique, telle que les réseaux sociaux et un microsite. L'objectif est de poursuivre la sensibilisation auprès des travailleurs de la santé, mais également auprès de nos usagers.

**“ RÉALISÉ EN  
PARTENARIAT AVEC  
L'ÉQUIPE MÉDICALE DE  
MÉDECINE GÉNÉRALE,  
IL ASSURE UNE MEILLEURE  
CONTRIBUTION DE NOS  
MÉDECINS, QUI PEUVENT  
AINSI PRENDRE EN CHARGE  
PLUS D'USAGERS ACTIFS.**

### **Prise en charge des usagers en attente d'hébergement à l'Hôpital du Suroît par des infirmières praticiennes spécialisées en 1<sup>re</sup> ligne (IPS-PL)**

Depuis juillet 2018, quatre IPS-PL assurent une prise en charge de certains usagers hospitalisés à l'Hôpital du Suroît et qui sont en attente d'une place en hébergement ou de services en soutien à domicile (SAD). En plus, les IPS-PL maintiennent une garde 24/7 de ces usagers. Elles peuvent adresser ceux-ci à un médecin, au besoin. Ces professionnels de la santé ont reçu une formation additionnelle leur permettant d'intervenir auprès d'usagers ayant une condition nécessitant une admission en CHSLD. Ce projet innovant est unique au Québec et nous permet d'employer nos IPS-PL à leur plein potentiel. Réalisé en partenariat avec l'équipe médicale de médecine générale, il assure une meilleure contribution de nos médecins, qui peuvent ainsi prendre en charge plus d'usagers actifs. Au total, ce sont plus de 140 usagers qui ont bénéficié de cette prise en charge.

## Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM)

### Accessibilité sans précédent aux services d'imagerie médicale

Tous les examens en imagerie médicale respectent maintenant les délais de prise en charge de moins de trois mois pour l'ensemble de la clientèle de notre CISSS. Pour ce faire, plusieurs mesures ont été mises en place, dont la bonification des heures d'accès aux plateaux techniques et le transfert d'échographes pour répondre à la demande dans chacune des installations. Une grande entraide s'est ainsi développée. La centralisation de nos listes d'attente a permis une meilleure équité dans les délais de prise en charge et une amélioration de la gestion des rendez-vous et des délais d'accès. Nous disposons d'une seule centrale de rendez-vous pour les installations du Suroît, du Haut-Saint-Laurent et de Vaudreuil-Soulanges et d'une seconde pour l'Hôpital Anna-Laberge.

### Certification de centre de référence pour investigation désigné (CRID) renouvelée

La certification CRID a été reconduite. En effet, nos centres hospitaliers offrent les examens complémentaires selon les délais d'accès recommandés dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Il s'agit d'une reconnaissance de la qualité selon les normes de l'Association canadienne des radiologistes et du Laboratoire de santé publique du Québec. C'est une excellente nouvelle pour les usagères de notre territoire!

### Démarche d'envergure en amélioration continue dans les blocs opératoires

Un plan d'action sur l'optimisation de la trajectoire de chirurgie fut présenté et adopté au comité de direction en janvier 2019. Déjà engagés afin d'améliorer l'accès, les acteurs des projets ciblés travaillent à optimiser la trajectoire en chirurgie. L'objectif est d'assurer l'accessibilité pour l'ensemble de la clientèle sur le territoire et une utilisation des plages opératoires des trois blocs selon les délais médicalement requis en tenant compte des cibles au mécanisme d'accès (moins de 28 jours pour la chirurgie oncologique et moins d'un an pour la chirurgie élective). Pour ce faire, une étude de capacité a été réalisée en fonction de la demande chirurgicale.

“ L'AUGMENTATION DES ACTIVITÉS OPÉRATOIRES DURANT LA PÉRIODE ESTIVALE NOUS A PERMIS DE RÉDUIRE NOS DÉLAIS D'ATTENTE.

Également, afin d'améliorer l'accessibilité aux soins, un partenariat avec la clinique Dix30 pour l'utilisation de deux plages opératoires par mois en orthopédie nous a également aidés à offrir des services plus rapidement à nos usagers. De plus, l'augmentation des activités opératoires durant la période estivale nous a permis de réduire nos délais d'attente. Ce sont la collaboration et l'engagement de tous qui ont permis ce franc succès.

## Déménagement de la clinique d'ophtalmologie de l'Hôpital Anna-Laberge vers le Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire Jardins-Roussillon

La clinique d'ophtalmologie et les activités de chirurgie de la cataracte sont maintenant situées au Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire Jardins-

Roussillon, à côté de l'Hôpital Anna-Laberge. Les locaux modernes et bien équipés permettent d'offrir un environnement dédié et mieux adapté aux besoins des intervenants et des usagers. En plus d'accroître le nombre d'interventions et la quantité de chirurgies de la cataracte faites grâce à l'accès à deux salles d'opération trois jours par semaine, des plages sont ainsi libérées au bloc opératoire de l'Hôpital Anna-Laberge pour les autres types de chirurgie. Ce déménagement a permis d'augmenter globalement l'offre de service.



Une chirurgie de la cataracte pratiquée dans les nouveaux locaux situés au Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire Jardins-Roussillon

## Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire (DSMREU)

### Accessibilité en réadaptation externe (physiothérapie)

“ ... LE NOMBRE DE REQUÊTES EST PASSÉ RESPECTIVEMENT DE 457 À 31 À L'HÔPITAL ANNA-LABERGE, DE 665 À 39 À L'HÔPITAL DU SUROÏT ET DE 514 À 34 À L'HÔPITAL BARRIE MEMORIAL.

Le projet Accessibilité en réadaptation externe (physiothérapie) a pour but de réduire les listes d'attente actuelles pour la clientèle ayant des douleurs chroniques (troubles musculo-squelettiques) dans les trois hôpitaux et de mettre en place une nouvelle offre de service basée sur les meilleures pratiques. Grâce à ce projet, les usagers ayant des troubles musculo-squelettiques sont pris en charge dans les délais prescrits selon les bonnes pratiques. Pour ce faire, un travail de coordination des services de santé a été entrepris entre les différents acteurs de notre établissement et nos partenaires.

Ce projet, réalisé pour la clientèle, est axé sur l'auto-gestion de la douleur afin d'en éviter la chronicisation. La qualité des services a aussi été bonifiée par la révision des pratiques et des processus de travail. Le cheminement de l'usager est désormais fait en continuité et de manière plus fluide, pour une expérience usager positive. Grâce à ce projet et à une épuration des listes d'attente (ex.: élimination des doublons), le nombre de requêtes est passé respectivement de 457 à 31 à l'Hôpital Anna-Laberge, de 665 à 39 à l'Hôpital du Suroît et de 514 à 34 à l'Hôpital Barrie Memorial.

### Ouverture d'une nouvelle unité AVC à l'Hôpital Anna-Laberge

Nous voyons déjà les effets positifs des changements apportés pour offrir dans les meilleurs délais possible les soins requis pour les usagers ayant subi un AVC. L'accès aux services est désormais plus rapide et il y a une plus grande concertation des équipes. La formation de notre personnel pour offrir les meilleurs services à cette clientèle, l'intégration des nouveautés issues de la recherche dans les processus d'intervention de même que l'implication des usagers et de leurs proches dans le plan d'intervention y ont clairement joué un rôle influent. De plus, un suivi a été mis en place auprès des équipes afin de s'assurer de la rapidité d'intervention et de la qualité des services. Durant la prochaine année, nous entamerons les travaux des phases de réadaptation et de maintien dans la communauté pour assurer une continuité et une fluidité dans notre continuum de soins et de services en AVC.

## Service de bénévolat en mode recrutement

Alors que les bénévoles se font de plus en plus rares, la visibilité du Service de bénévolat a été rehaussée. L'engagement des bénévoles est essentiel dans notre communauté et le temps qu'ils investissent fait une grande différence pour les usagers. Changeant au même titre que la société, les bénévoles demandent des horaires plus courts et flexibles de même qu'une plus grande autonomie dans leurs actions. Ils recherchent le

plaisir d'être associés à une cause, de créer des liens d'appartenance avec l'établissement et des moments de socialisation. Les actions durant la dernière année ont donc été concrétisées en ce sens, de même que la campagne de recrutement. Attirer, recruter et retenir les bénévoles a été tout un défi et continuera de l'être pour les années à venir. Toutefois, grâce aux efforts investis, nous avons pu accueillir près de 110 nouveaux bénévoles dont 45 dans les CHSLD, 34 dans les hôpitaux, 15 en dépendance et 12 en CLSC.



Thérèse Laberge Reid, bénévole  
à l'Hôpital Anna-Laberge

## Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)

### **Le système de gestion par salle de pilotage se poursuit**

Après trois ans, les retombées de ce système de gestion se font sentir à tous les niveaux dans l'organisation. Ce système permet notamment d'avoir une vue d'ensemble de tous les projets organisationnels et de l'implication de chaque direction en plus de favoriser une communication bidirectionnelle et de suivre les indicateurs. Il est ainsi plus facile de suivre la gestion des projets et d'en faire la priorisation. À cet effet, un Cadre de référence en gestion de projet a été mis en place de même qu'un comité d'orientation des projets. Dans le contexte où plusieurs projets d'amélioration ou de développement de soins et de services sont à réaliser, ce système favorise une meilleure intégration des projets, un ordonnancement adéquat et un suivi rigoureux des objectifs.

La contribution concrète des employés à l'atteinte des objectifs organisationnels est mise en valeur alors que 62% des gestionnaires ont déployé un tableau opérationnel dans leurs équipes. L'implication des membres du personnel dans l'identification des problématiques de leur quotidien leur permet d'oser des solutions en plus de faire rayonner leurs bons coups.

### **Le partenariat avec l'utilisateur et ses proches : apprendre de l'utilisateur et faire différemment !**

Le partenariat avec l'utilisateur et ses proches a été mis de l'avant en 2018-2019 par l'adoption d'une approche organisationnelle nommée « l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services sociaux ». L'objectif est d'améliorer la santé et le bien-être des usagers en travaillant en équipe, notamment par l'apprentissage et la complémentarité des expertises : les intervenants sont des experts de la maladie et l'utilisateur est l'expert de la vie avec la maladie. Nous avons également mis sur pied un groupe d'utilisateurs-ressources, qui contribuent à l'amélioration de l'expérience des usagers et à la qualité des soins et des services en partageant leur savoir expérientiel. Ceux-ci peuvent accompagner d'autres usagers dans leur parcours de soins et de services, participer à l'organisation des soins et des services ou encore à la gouvernance. Notre personnel et nos gestionnaires ont ainsi été formés afin qu'ils puissent développer leurs compétences sur le sujet.



## Gestion des risques : un pas de plus vers la culture de sécurité

Plusieurs actions ont été mises de l'avant par l'équipe de la gestion de la qualité et des risques en vue d'assurer une culture juste de sécurité. Sur le plan de la formation, le déploiement du logiciel Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) s'est poursuivi dans les secteurs de Jardins-Roussillon, du Suroît et dans les CH de Vaudreuil-Soulanges.

“ PLUSIEURS ACTIONS  
ONT ÉTÉ MISES DE L'AVANT  
PAR L'ÉQUIPE DE LA GESTION  
DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES  
EN VUE D'ASSURER UNE CULTURE  
JUSTE DE SÉCURITÉ.

Aussi, la Politique de protection des effets personnels des usagers et de gestion des réclamations a été appliquée à l'ensemble des gestionnaires des secteurs cliniques. Une révision de la procédure a également été réalisée afin d'y inclure une section sur la documentation des mesures de protection des effets personnels à la suite d'une recommandation du Protecteur du citoyen allant en ce sens.

Par ailleurs, l'harmonisation du Règlement relatif à la divulgation et l'octroi de mesures de soutien à l'utilisateur et à ses proches a été complétées. Un guide à l'intention des employés a aussi été rédigé afin de les aider dans leur démarche de divulgation, de même qu'une procédure de gestion des défunts en collaboration avec différentes directions de l'établissement.

## Direction des services techniques (DST)

### Adoption de la Politique de développement durable et de santé environnementale

“ PLUSIEURS ACTIONS SONT DÉJÀ EN COURS, TELLES QUE LA RÉCUPÉRATION DE PAPIERS, DE CARTONS ET DE PILES.

En conformité avec les directives du MSSS et la Loi sur le développement durable (DD), le conseil d'administration a adopté une Politique de développement durable et de santé environnementale. Un comité DD comprenant un représentant de chaque direction a été formé. L'élaboration et la mise en place d'un plan d'action triennal suivront au courant de la prochaine année. Ce plan priorisera les actions à mettre en place en lien avec la saine gestion des matières résiduelles, la qualité de vie des usagers, la qualité de vie au travail du personnel et aura un volet d'éducation, de sensibilisation et d'information en matière DD et de santé environnementale. Plusieurs actions sont déjà en cours, telles que la récupération de papiers, de cartons et de piles. Aussi, des mesures d'économie d'énergie sont mises en place tout au cours de l'année. La nouvelle politique viendra bonifier ces efforts.

### Planification immobilière

La prévision immobilière suit les besoins de développement des différentes directions. Ainsi, nous avons planifié plusieurs projets de construction au cours de l'année 2018-2019 qui se concrétiseront dans les années à venir. Le développement de nouveaux services pour notre population, dont la création d'une unité régionale pour la clientèle 18-35 ans qui présente des déficiences physiques et la création d'une maison de naissance sur le territoire du Suroît, en font partie. Aussi, l'accroissement de l'offre de service des directions cliniques crée une pression sur l'occupation des espaces et des solutions immobilières sont requises pour répondre aux besoins. L'optimisation de certaines de nos installations par le regroupement d'équipes a donné lieu à des appels d'offres publics pour trouver des espaces en location dans les secteurs de Salaberry-de-Valleyfield et de Châteauguay.

### Accélération des investissements

Plusieurs investissements permettront d'améliorer la fonctionnalité de nos installations et d'adapter celles-ci aux nouveaux besoins cliniques. Ces annonces de projets majeurs par le MSSS totalisent 36,4 M\$ et ils amélioreront principalement les soins et les services à l'Hôpital du Suroît et à l'Hôpital Anna-Laberge, entre autres en oncologie, aux unités d'intervention brève et aux unités d'hospitalisation brève à l'urgence et en endoscopie. En plus de favoriser la résorption du déficit de nos maintiens des actifs, nous améliorerons l'indice de vétusté de nos bâtiments. Cette bonne nouvelle a entraîné l'ajout de ressources humaines afin d'augmenter le nombre de nos conseillers en bâtiment pour répondre à la demande en gestion de projets.

## Direction de la logistique (DL)

### Implantation d'un système de courrier interne accessible partout au CISSS de la Montérégie-Ouest

Depuis l'automne dernier, le service de courrier interne est harmonisé au sein de notre CISSS et désormais accessible entre toutes les installations de l'établissement. La mise en commun des systèmes de transport existants dans les anciennes composantes de l'établissement a non seulement permis d'optimiser les routes, mais aussi d'améliorer la fluidité de la circulation des documents et d'assurer une sécurité accrue du courrier. En plus de respecter les exigences des normes liées au transport, le service de courrier interne harmonisé permet une gestion plus efficace des demandes ponctuelles et un meilleur contrôle des coûts liés au courrier.

“ ...CETTE  
CENTRALISATION  
A PERMIS D'OPTIMISER  
LA GESTION DES  
STOCKS ET DES  
CONTRATS DE NOTRE  
ÉTABLISSEMENT.

### Fusion des bases de données Gestion des ressources matérielles (GRM) et Gestion des ressources financières (GRF)

L'automne dernier a été marqué par le lancement de la nouvelle plateforme GRM-GRF. En collaboration avec la DRF, la DL a réalisé un défi de taille en fusionnant les bases de données GRM et GRF. En plus d'offrir aux utilisateurs un système harmonisé et simplifié, cette centralisation a permis d'optimiser la gestion des stocks et des contrats de notre établissement. À titre d'exemple, il est maintenant possible d'avoir accès à l'état d'avancement des requêtes (commande de matériel) en temps réel et de connaître précisément le statut des commandes et les dates prévues de livraison. Ce projet nous a aussi permis de nous conformer, comme établissement, au cadre normatif qui régit l'ensemble de nos actions sur le plan financier et matériel. Afin de favoriser une transition harmonieuse, la fusion a été précédée d'une campagne d'information incluant des visites des comités de gestion, la diffusion de capsules vidéos et la tenue de formations.

## Direction Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges (DPHVS)

### Dépôt du programme fonctionnel au MSSS

Le programme fonctionnel, document de référence de 1 500 pages définissant les besoins de plus de 56 unités fonctionnelles, leur superficie et l'ensemble des locaux qu'elles devraient comprendre, a été réalisé. L'établissement a déposé ce programme en septembre 2018 au MSSS, permettant ainsi de définir clairement la portée et l'ampleur des besoins fonctionnels et opérationnels, et ce, sur la base de ceux identifiés au plan clinique. Ce document vient établir les liens entre les différentes unités (par exemple, quel devrait être l'emplacement de l'urgence par rapport au bloc opératoire) et vise à déterminer la superficie de chaque unité et ce qu'elle doit inclure. S'apparentant à un cahier de charges, le programme fonctionnel oriente notamment l'équipe-maître dans l'élaboration du devis de performance\*.

### Lancement des appels d'offres pour le choix de l'équipe-maître

Des appels d'offres publics de services professionnels ont été publiés en vue de sélectionner ceux et celles qui seront notamment mandatés pour réaliser le devis de performance en collaboration avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) et l'équipe PHVS. Composée d'architectes et d'ingénieurs (civil, mécanique et électrique), cette équipe travaillera à la rédaction des documents d'exigences requis pour que l'entrepreneur retenu puisse finaliser la conception et réaliser les travaux de construction du futur hôpital. Ces professionnels accompagneront l'équipe jusqu'à la clôture du projet.

### Comités pour se centrer sur les usagers, le personnel et favoriser la communication entourant le futur hôpital

Plusieurs comités de travail ont été créés et se sont greffés à la gouvernance du projet pour assurer une synergie entre toutes les parties prenantes et favoriser une approche centrée sur les besoins des usagers et du personnel.

#### Comité voisinage

Les membres de ce comité suivent l'avancement des phases en vue du déploiement de l'hôpital. Les rencontres permettent d'échanger concernant les différents enjeux ou préoccupations entourant le projet. Il s'agit également d'une occasion de développement et de consolidation des liens pour cette communauté concernée par le projet de l'hôpital à Vaudreuil-Soulanges.

#### Comité infrastructure

Ce comité nous permet d'identifier, de planifier et de suivre un ensemble de travaux requis pour les besoins du futur hôpital. Ainsi, les ajustements requis pour les rues, les routes, les égouts, les aqueducs, le réseau électrique et gazier, le transport collectif et les déplacements durables sont coordonnés de façon concertée dans le cadre de ce comité multidisciplinaire.

#### Comité municipal

L'objectif de ce comité est d'identifier les enjeux municipaux entourant les différentes étapes de réalisation. Il propose des actions à entreprendre afin de favoriser une intégration urbaine harmonieuse pour cette infrastructure d'envergure.

\* Basé sur les exigences du programme fonctionnel et le respect des orientations cliniques définies, le devis de performance définit, entre autres : les performances à atteindre, l'aménagement des unités fonctionnelles en fonction des besoins des usagers ainsi que du personnel, les critères et les normes de qualité à respecter, les exigences spatiales à observer et la sélection des matériaux.

## Lancement d'un espace Web dédié au projet

Ce site Web a été créé de façon immersive pour suivre les avancements des travaux en temps réel. On y retrouve les grandes étapes du projet (celles réalisées et celles à venir), la structure de gouvernance et des nouvelles brèves. Quelques

capsules vidéos permettent de démystifier le projet. De plus, une cyberlettre espacePROJETS a été créée afin de diffuser des exclusivités sur le projet. La vitrine à privilégier pour suivre le projet en temps réel se trouve sur [santemontregie.qc.ca/ouest/projet-hopital-vaudreuil-soulanges](http://santemontregie.qc.ca/ouest/projet-hopital-vaudreuil-soulanges).



Présentation des grandes étapes du projet, lors du lancement de l'espace Web PHVS

## Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

### Négociation des nouvelles dispositions locales

La négociation de nos nouvelles dispositions locales (26 matières) a été un dossier important impliquant la contribution de plusieurs acteurs de l'organisation et de chacune de nos associations syndicales. Les dispositions qu'avaient été négociées il y a de cela plusieurs années, devaient être renégociées conformément à la Loi suite aux fusions des établissements en 2015. Nous avons vu l'opportunité de les adapter en fonction du nouveau contexte découlant de la création du CISSS de la Montérégie-Ouest. Les négociations se sont déroulées dans la perspective de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, tout en considérant l'importance de maintenir un milieu de travail attractif pour notre main-d'œuvre.

“ CETTE FUSION  
NOUS ASSURE  
UNE UNIFORMITÉ  
DANS LES CALCULS ET  
LA PRODUCTION DE NOS  
INDICATEURS, QUI SE FONT  
DÉSORMAIS BEAUCOUP  
PLUS RAPIDEMENT.

### Fusion des bases de données

La fusion des bases de données de la paie et des ressources humaines (GRH-Paie) de nos neuf anciennes composantes favorise une meilleure gestion de nos ressources. Étant un préalable à l'implantation de nos nouvelles dispositions locales, cette optimisation facilite l'utilisation de nos outils (affichages de postes, entrepôts de données, etc.), en plus d'harmoniser d'un secteur à un autre, nos pratiques et nos procédures. Cette fusion nous assure une uniformité dans les calculs et la production de nos indicateurs, qui se font désormais beaucoup plus rapidement.

## Notre nouvel intranet : un outil indispensable pour tout trouver !

### Un seul endroit, toute l'information

Après deux années de travail colossal, nous avons enfin lancé notre nouvel intranet. Avoir une seule plateforme pour l'organisation devenait un incontournable pour les employés et les médecins. Ce nouvel outil est l'endroit unique où sont réunies les informations organisationnelles pertinentes (documents, formulaires, gabarits, outils cliniques, etc.). En plus de sauver un temps précieux, les employés et les médecins sont certains d'y retrouver la bonne et dernière version du document qu'ils recherchent. Un bottin du personnel est également disponible. Ce

répertoire précise : les coordonnées des employés, leur titre d'emploi, l'installation dans laquelle ils travaillent, leur direction, etc. Un moteur de recherche performant et des tris pertinents sont aussi accessibles afin de faciliter la navigation.

### Nos nouvelles organisationnelles

De plus, un fil d'actualités est mis à jour quotidiennement. Il sert à informer les employés et les médecins en temps réel sur les dernières nouvelles de l'organisation. En complément, des cyberlettres revues et dynamisées font la promotion du contenu de notre fil d'actualités, des talents, des projets et des réalisations de notre CISSS! Un plus pour la reconnaissance de nos équipes!



## Direction des ressources financières (DRF)

“ L’EXERCICE FINANCIER  
2018-2019 S’EST  
DÉROULÉ SOUS LE SIGNE  
DE L’HARMONISATION ET  
DE LA CONSOLIDATION.

### La consolidation des systèmes financiers

L’exercice financier 2018-2019 s’est déroulé sous le signe de l’harmonisation et de la consolidation. En effet, nous avons complété le regroupement de nos systèmes financiers, ce qui facilite le suivi budgétaire effectué par les gestionnaires. Aussi, nous avons collaboré à la mise en œuvre de deux grands projets, soit la fusion des systèmes d’approvisionnement et la fusion des systèmes de gestion des ressources humaines. Ces travaux permettent une meilleure utilisation de nos ressources.

### Une collaboration marquée pour mettre de l’avant nos projets

Un travail étroit de collaboration a été effectué avec l’ensemble des directions afin d’évaluer les impacts financiers reliés aux nombreux projets de développement qui ont vu le jour au courant de l’année, dont l’ouverture de l’URFI-DP à Boucherville et les investissements au soutien à domicile (SAD). De plus, nous avons soutenu les directions dans l’utilisation judicieuse du budget d’équité en participant au suivi financier et à diverses rencontres.

### La poursuite des travaux entourant une allocation basée sur le coût par parcours de soins et de services

En collaboration avec la DQEPE, les travaux visant le déploiement du nouveau modèle d’allocation des ressources basé sur le coût par parcours de soins et de services se sont poursuivis en cours d’année. Ce projet se décline en trois phases (préparation, réalisation, clôture). La phase de réalisation se poursuivra en 2019-2020 dans le but de s’assurer de la qualité des données. Ces travaux qui sont menés à l’échelle du Québec visent à améliorer le suivi de la performance et de l’équité dans l’ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.



# RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ



# ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

## Chapitre III Attentes spécifiques

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>			
<p><b>Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)</b></p>	<p>Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplit son mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées;</li> <li>• suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux;</li> <li>• suivre l'application des mesures en PCI;</li> <li>• suivre les données de surveillance sur les infections nosocomiales et les audits;</li> <li>• adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du CA;</li> <li>• entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI;</li> <li>• assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI;</li> <li>• recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre;</li> <li>• déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au comité de direction;</li> <li>• déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme;</li> <li>• acheminer les recommandations nécessaires au CODIR.</li> </ul> <p>Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.</p>	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
<b>SERVICES SOCIAUX</b>			
<b>Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)</b>	Les établissements doivent remplir et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	R	
<b>Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)</b>	Les établissements doivent remplir l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R	
<b>Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)</b>	<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"> <li>• d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;</li> <li>• de les accompagner au moyen d'une offre de service 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;</li> <li>• de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis;</li> <li>• de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire.</li> </ul> <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>	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
<b>SERVICES SOCIAUX - SUITE</b>			
<b>Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)</b>	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.	N. A.	Cette attente a été retirée par le MSSS.
<b>Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.5)</b>	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 hospitalière 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.	N. A.	Cette attente a été retirée par le MSSS.
	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.	N. A.	Cette attente a été retirée par le MSSS.
<b>Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03.7)</b>	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.	R	
<b>SERVICES DE PROXIMITÉ, URGENCES ET PRÉHOSPITALIERS</b>			
<b>État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)</b>	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 <sup>er</sup> juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	R	
<b>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)</b>	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.		La transmission de l'autoévaluation est reportée au 30 juin 2019 (en accord avec le Ministère).

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
<b>SERVICES DE PROXIMITÉ, URGENCES ET PRÉHOSPITALIERS - SUITE</b>			
<b>Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)</b>	Remplir 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 ( <a href="http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx">http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx</a> ) et également au cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	R	
<b>SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE PSYCHIATRIE LÉGALE</b>			
<b>Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté (05.1)</b>	Chaque établissement qui a reçu du financement doit fournir pour chaque type de services de soutien dans la communauté identifiée, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles, le nombre d'usagers supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.	R	
<b>FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET</b>			
<b>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)</b>	<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 plan de conservation et de fonctionnalité immobilière 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-delà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>	N. R.	Plusieurs installations du CISSS de la Montérégie-Ouest (23) requièrent des projets pour réduire l'indice de vétusté physique. Certaines d'entre elles nécessitent plusieurs projets à réaliser en cascade. La DST a élaboré une planification des travaux tenant compte de : l'urgence d'agir, le maintien des services cliniques, la pression de demande de services des usagers, le financement disponible, la disponibilité de soumissionnaires, le séquençage de travaux à l'intérieur d'une même installation et autres contraintes. La réalisation des projets est en cours. Aussi, tel qu'annoncé à nos interlocuteurs du MSSS, le grand nombre de projets à réaliser reporte la résorption du déficit de maintien (RDM) pour l'ensemble de nos installations vétustes à 2022.

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation : R = Réalisé à 100 % N. R. = Non réalisé à 100 % N. A. = Non applicable	Commentaire
<b>COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE</b>			
<b>Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)</b>	<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 tous 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>	R	
<b>Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)</b>	<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>	R	
<b>PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ</b>			
<b>Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements (09.1)</b>	<p>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.</p>	R	

## Chapitre IV Engagements annuels

### Légende

- Atteinte de l'engagement annuel à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
<b>SANTÉ PHYSIQUE - SERVICE DE PREMIÈRE LIGNE</b>			
<b>1.09.33.01-PS</b> Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier).	90 %	88 %	N. D.
<b>1.09.33.02-EG2</b> Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier).	100 %	99,5 %	N. D.
<b>1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) :</b> l'engagement est respecté à 98 %.			
<b>1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) :</b> l'engagement est respecté à 99,5 %.			

<b>SANTÉ PUBLIQUE - PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES</b>			
<b>1.01.19.01-PS</b> Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées à <i>Clostridium difficile</i> (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS).	100 %	100 %	N. D.
<b>1.01.19.02-PS</b> Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS).	100 %	66,7 %	N. D.
<b>1.01.19.04-PS</b> 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 %	N. D.
<b>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 à <i>Clostridium difficile</i> (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS) :</b> l'engagement est respecté.			
<b>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 <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS) :</b> l'engagement n'est pas respecté pour un hôpital du CISSS en raison de bactériémies. Des interventions ciblées sont prévues pour sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques, ainsi que de la formation, notamment sur les cathéters veineux périphériques et les sondes urinaires. Les formations sur la technique d'insertion et d'entretien des cathéters veineux périphériques ont déjà été réalisées par les conseillères en soins infirmiers.			
<b>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) :</b> l'engagement est respecté.			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
<b>SANTÉ PUBLIQUE - PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES - SUITE</b>			
<b>1.01.26-PS</b> Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements.	70 %	54,2 %	N. D.
<p><b>1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements :</b> l'engagement n'est pas respecté. Le Service de prévention et de contrôle des infections a mis à jour une grille d'audit et a construit une base de données. Plusieurs tableaux de bord sont suivis dans les salles de pilotage stratégiques, tactiques et opérationnelles dans les unités de soins. Nous avons déployé une campagne d'hygiène des mains durant 3 semaines au mois d'octobre 2018. Plus de 1 088 travailleurs de la santé ont été rencontrés par le Service de prévention et de contrôle des infections. De plus, nous avons analysé les données des instances consultatives et le sondage régional afin de construire une nouvelle campagne de sensibilisation. Nous sommes en train d'harmoniser et de développer des formations qui seront dispensées dès l'embauche ainsi qu'en cours d'emploi.</p>			

<b>SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE</b>			
<b>1.03.05.01-EG2</b> Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services.	802 004	1 080 707	N. D.
<b>1.03.11-PS</b> Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA).	4 986	4 912	N. D.
<b>1.03.12-PS</b> Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée et ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA).	90 %	93 %	N. D.
<p><b>1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services :</b> l'engagement est respecté.</p> <p><b>1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) :</b> l'engagement est respecté à 98,5%. Le non-respect global de cet indicateur est dû essentiellement aux difficultés de recrutement pour les nouveaux postes de professionnels en raison de la pénurie de la main-d'œuvre et pour le remplacement du personnel absent.</p> <p><b>1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée et ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) :</b> l'engagement est respecté.</p>			

<b>SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES</b>			
<b>1.03.07.01-PS</b> Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée.	100 %	100 %	N. D.
<b>1.03.07.02-PS</b> Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée.	100 %	100 %	N. D.
<b>1.03.10-PS</b> Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale.	100 %	100 %	N. D.
<b>1.03.13-EG2</b> Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) de 10 à 14.	85 %	86,9 %	N. D.
<p><b>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 :</b> l'engagement est respecté.</p> <p><b>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 :</b> l'engagement est respecté.</p> <p><b>1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale :</b> l'engagement est respecté.</p> <p><b>1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) de 10 à 14 :</b> l'engagement est respecté.</p>			



Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
<b>DÉFICIENCES</b>			
<b>1.05.15-PS</b> Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA.	83,06	85,05	N. D.
<b>1.45.04.01-EG2</b> 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.	93,5 %	93,3 %	N. D.
<b>1.45.04.05-EG2</b> 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 %	76,2 %	N. D.
<b>1.45.05.01-EG2</b> 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.	97,4 %	94,7 %	N. D.
<b>1.45.05.05-EG2</b> 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.	90 %	85,1 %	N. D.
<b>1.46-PS</b> 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.	70 %	81 %	N. D.
<p><b>1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA :</b> l'engagement est atteint à 98 %. Le résultat obtenu est inférieur à 90 jours, soit la cible du plan stratégique 2015-2020; et ce, malgré l'augmentation du volume d'usagers en attente dans certains secteurs.</p> <p><b>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 :</b> l'engagement est respecté à 99,8 % et le critère du plan d'accès est également atteint.</p> <p><b>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 :</b> l'engagement n'est pas respecté. Bien que plus d'usagers différents aient été desservis (158 usagers), la hausse du nombre de demandes de services a été un frein à l'atteinte de l'engagement. Une analyse a été effectuée cet automne pour le continuum déficience langagière et des actions sont en cours. En déficience motrice, l'offre de service a été revue et l'établissement est en attente de la confirmation du budget de développement pour consolider les équipes.</p> <p><b>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 :</b> l'engagement est respecté à 97 % et le critère du plan d'accès est également atteint.</p> <p><b>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 :</b> l'engagement est respecté à 95 %. Le nombre de demandes de services a augmenté durant l'année 2018-2019. Bien que plus d'usagers différents aient été desservis, la hausse du nombre de demandes de services a été un frein à l'atteinte de l'engagement. L'implantation du nouveau programme en déficience intellectuelle permettra de réduire la longueur des épisodes de services, de mettre en place des modalités de groupe et de réduire le délai d'accès aux services pour les personnes présentant une DI.</p> <p><b>1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience (DI-DP) ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail :</b> l'engagement est respecté. Par contre, cet indicateur ne permet pas d'apprécier les nuances dans la dispensation des services sur l'ensemble du territoire de la Montérégie, puisque 3 CISSS ont la responsabilité du déploiement des services spécifiques.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
<b>DÉPENDANCE</b>			
<b>1.07.04-EG2</b> 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.	93 %	91,4 %	N. D.
<b>1.07.06-PS</b> Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance.	85 %	87,5 %	N. D.
<p><b>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 :</b> l'engagement est respecté à 98 %. Ainsi, le résultat obtenu est supérieur à la cible du plan stratégique 2015-2020, fixée à 80 % et figure parmi les meilleurs de la province.</p> <p><b>1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance :</b> l'engagement est respecté.</p>			
<b>SANTÉ MENTALE</b>			
<b>1.08.13-PS</b> Nombre de places en soutien d'intensité variable, reconnues par le Ministère.	580	565,2	N. D.
<b>1.08.14-PS</b> Nombre de places de suivi intensif dans le milieu, reconnues par le Ministère.	231	267,3	N. D.
<p><b>1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable, reconnues par le Ministère :</b> l'engagement est respecté à 97 %. Comparativement aux années précédentes, nous constatons une augmentation constante des places en soutien d'intensité variable. Le résultat de l'établissement est passé de 290 places à 565 places entre 2015-2016 et 2018-2019. La pénurie de la main-d'œuvre demeure le principal facteur ayant freiné l'atteinte complète de l'engagement.</p> <p><b>1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu, reconnues par le Ministère :</b> l'engagement est respecté.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
<b>URGENCE</b>			
<b>1.09.01-PS</b> Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence.	12	22,36	N. D.
<b>1.09.43-PS</b> Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures.	70 %	51,1 %	N. D.
<b>1.09.44-PS</b> Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures.	70 %	47,2 %	N. D.
<p><b>1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence :</b> l'engagement n'est pas respecté. La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence s'est légèrement détériorée comparativement à l'année 2017-2018, ce qui est attribuable principalement aux enjeux de fluidité pour l'accès aux lits, ainsi qu'au taux élevé d'occupation. Malgré les actions déjà en place telles que le plan de désencombrement, le rehaussement du SAD et les efforts mis sur le projet de planification de congé, la progression fut ralentie en raison d'enjeux de pénurie médicale pour la médecine générale et la médecine interne à l'Hôpital du Suroît, projet pour lequel le Ministère a accordé l'accès à la banque de médecins dépanneurs, mais qui a affecté l'accès aux lits. Aussi une augmentation du nombre d'usagers occupant des lits de courte durée en attente de soins alternatifs (NSA) au congé a aussi influencé à la baisse l'accès aux lits, et ce, malgré la mise en place de plusieurs mesures visant à les réduire et aussi à les éviter. En collaboration avec le Ministère, plusieurs plans d'action sont en cours de déploiement afin d'améliorer l'offre de service pour la clientèle tant en amont qu'en aval de l'urgence. L'établissement a mis en œuvre plusieurs actions, dont le plan de contingence. En attendant l'ouverture du futur hôpital de Vaudreuil-Soulanges, le CISSS de la Montérégie-Ouest a déposé un plan de transition afin de répondre à l'accroissement des visites aux urgences et au vieillissement de la population.</p> <p><b>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 :</b> l'engagement n'est pas respecté. L'achalandage accru, le taux d'occupation et la pénurie de médecins ont ralenti la progression du résultat de cet indicateur. En revanche, la réorientation des priorités 4 et 5 dans trois GMF-Réseau a contribué à l'amélioration des délais de prise en charge, mais il faut poursuivre l'ajout de plages horaires pour la prise en charge de ces priorités.</p> <p><b>1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures :</b> l'engagement n'est pas respecté. L'achalandage accru, le taux d'occupation et la pénurie de médecins ont ralenti la progression du résultat de cet indicateur. En revanche, la réorientation des priorités 4 et 5 dans trois GMF-Réseau a contribué à l'amélioration des délais de prise en charge, mais il faut poursuivre l'ajout de plages horaires pour la prise en charge de ces priorités.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
<b>SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE</b>			
<b>1.09.05-PS</b> Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile.	1 100	1 058	N. D.
<b>1.09.45-PS</b> Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie.	39	39	N. D.
<b>1.09.46-PS</b> Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile.	32 %	30,2 %	N. D.
<p><b>1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile :</b> l'engagement est respecté à hauteur de 96 %. La non-atteinte de la valeur de l'engagement est due à la pénurie du personnel.</p> <p><b>1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie :</b> l'engagement est respecté.</p> <p><b>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 :</b> l'engagement n'est pas respecté. Cependant, nous demeurons largement au-dessus de la moyenne provinciale. Les deux principaux enjeux auxquels fait face le CISSS de la Montérégie-Ouest est celui en lien avec la prise en charge médicale à domicile et la pénurie de personnel. L'établissement a mis en place certaines mesures et actions visant à améliorer le résultat, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le travail de collaboration en continu entre les médecins, équipes SAD, infirmières consultants en soins palliatifs et différents partenaires;</li> <li>- l'ajout d'un poste à temps complet d'une infirmière consultante en soins palliatifs à partir d'avril 2019 pour le secteur de Jardins-Roussillon;</li> <li>- une campagne de promotion des proches aidants, des ateliers de soutien et l'obtention d'un soutien financier dans le cadre des projets de partenariat avec les usagers, ce qui permettra de mieux structurer les démarches.</li> </ul>			

<b>SANTÉ PHYSIQUE - SERVICE DE PREMIÈRE LIGNE</b>			
<b>1.09.25-PS</b> Nombre total de GMF.	15	17	N. D.
<b>1.09.27-PS</b> Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.	85 %	78,73 %	N. D.
<b>1.09.48-PS</b> Nombre de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique).	3	3	N. D.
<p><b>1.09.25-PS Nombre total de GMF :</b> l'engagement est respecté.</p> <p><b>1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille :</b> l'engagement n'est pas respecté. Le taux d'inscription à un médecin de famille s'est beaucoup amélioré durant les dernières années. En effet, ce taux était de 67 % en 2015-2016 pour atteindre 79 % en 2018-2019. Le développement populationnel de la région de Vaudreuil-Soulanges a un impact important sur l'atteinte de l'objectif de 85 %.</p> <p><b>1.09.48-PS Nombre de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique) :</b> l'engagement est respecté.</p>			

<b>CHIRURGIE</b>			
<b>1.09.32.00-PS</b> Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies.	0	19	N. D.
<p><b>1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies :</b> l'engagement n'est pas respecté. Le CISSS a mis en place, dès sa création, une démarche d'optimisation des blocs opératoires qui vise une gestion optimale des listes d'attente et une harmonisation des pratiques. La pression populationnelle de la région de Vaudreuil-Soulanges et le défi associé à la réduction de l'attente de moins de 6 mois a amené l'établissement à mettre en place une démarche de type « black belt » afin de réviser la trajectoire et identifier les mesures à prendre pour atteindre l'objectif. Un plan d'action a d'ailleurs été élaboré et six projets ont été priorisés. Toutefois, les mesures de priorisation de la clientèle oncologique, qui est en augmentation sur le plan de la volumétrie, créent un impact sur les autres clientèles qualifiées de moins urgentes. L'augmentation du nombre de NSA dans les lits de courte durée a aussi un impact sur l'accès aux lits pour la clientèle chirurgicale élective. Notons toutefois que les cibles de délais en chirurgie oncologique sont atteintes, mais ont un impact sur les demandes en attente de chirurgie. De plus, la production chirurgicale a augmenté de 7 % depuis 2016-2017, soit de 1 042 interventions supplémentaires.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
<b>SANTÉ PHYSIQUE - IMAGERIE MÉDICALE</b>			
<b>1.09.34.00-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées.	75 %	94 %	N. D.
<b>1.09.34.02-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies.	95 %	100 %	N. D.
<b>1.09.34.03-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques.	100 %	100 %	N. D.
<b>1.09.34.04-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales.	100 %	100 %	N. D.
<b>1.09.34.05-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques.	90 %	100 %	N. D.
<b>1.09.34.06-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires.	100 %	100 %	N. D.
<b>1.09.34.07-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies.	90 %	99,5 %	N. D.
<b>1.09.34.08-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries.	100 %	93,1 %	N. D.
<b>1.09.34.09-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques.	85 %	88,8 %	N. D.
<b>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</b> : l'engagement est respecté.			
<b>1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies</b> : l'engagement est respecté.			
<b>1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques</b> : l'engagement est respecté.			
<b>1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales</b> : l'engagement est respecté.			
<b>1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques</b> : l'engagement est respecté.			
<b>1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires</b> : l'engagement est respecté.			
<b>1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies</b> : l'engagement est respecté.			
<b>1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries</b> : l'engagement est atteint à 93,1 %. La non-atteinte complète de l'engagement est due au bris d'équipement d'entretien dans un des trois hôpitaux où la salle est fermée une journée par mois à ces fins. Il est à noter que les salles de tomodensitométrie sont ouvertes à pleine capacité. Un appel d'offres visant l'acquisition d'un nouvel appareil est en cours, dont les résultats seront connus en juillet 2019 en vue de commencer les travaux au printemps 2020. En ne tenant pas compte des quatre premières périodes de l'année, nous avons maintenu un taux de 97 % durant les 9 dernières périodes.			
<b>1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques</b> : l'engagement est respecté.			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante
<b>RESSOURCES MATÉRIELLES</b>			
<b>2.02.02-EG2</b> Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité.	100 %	100 %	N. D.
<b>2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité :</b> l'engagement est respecté.			

<b>RESSOURCES HUMAINES</b>			
<b>3.01-PS</b> Ratio d'heures en assurance salaire.	6,15 %	7,98 %	N. D.
<b>3.05.02-PS</b> Taux d'heures supplémentaires.	2,9 %	4,83 %	N. D.
<b>3.06.00-PS</b> Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante.	0,92 %	5,4 %	N. D.
<p><b>3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire :</b> l'engagement n'est pas respecté. L'accroissement de la demande de services et la pénurie de la main-d'œuvre fragilisent beaucoup les équipes, qui sont aux prises avec une plus grande charge de travail. L'équipe de soutien à l'amélioration continue en prévention met en place des plans d'action spécifiques dans les secteurs ciblés. En outre, le personnel en absence à long terme et représentant des cas plus complexes est adressé à une firme externe spécialisée en réadaptation. Enfin, l'établissement a mis en place un projet pour contrer la violence et les agressions dans les résidences à assistance continue.</p> <p><b>3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires :</b> l'engagement n'est pas respecté. La pénurie de main-d'œuvre dans certains titres d'emploi, l'augmentation de l'achalandage aux urgences, les demandes de ressources humaines en lien avec différents plans d'investissements, l'augmentation de l'assurance salaire sont des éléments contribuant à la situation actuelle. Différentes mesures sont mises en place afin de stabiliser la situation tels le rehaussement des structures de poste, le plan de relève en pénurie d'effectifs, les plans d'action en prévention, le partenariat avec des commissions scolaires pour des programmes de formation en mode alternance travail-études, la révision de notre image de marque.</p> <p><b>3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante :</b> l'engagement n'est pas respecté. La pénurie de main-d'œuvre dans certains titres d'emploi et l'accroissement de la demande de services sont des éléments contribuant à la situation actuelle. Les actions mises en place pour réduire le taux d'heures supplémentaires auront également un effet sur le recours à la main-d'œuvre indépendante.</p>			

<b>MULTIPROGRAMMES</b>			
<b>7.01.00-PS</b> Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC).	66 %	66,4 %	N. D.
<b>7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC) :</b> l'engagement est respecté.			

# ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ



# AGRÉMENT

À la suite de la visite d'Agrément Canada à la fin de novembre 2017, nous avons reçu notre statut d'organisme agréé pour le cycle d'agrément 2018-2023. Soucieux de la sécurité et de la qualité des soins et services offerts à la population, le CISSS de la Montérégie-Ouest encourage la poursuite, en continu, des travaux visant l'amélioration des soins et services. Aussi, à la suite des recommandations émises par Agrément Canada lors de sa dernière visite, nous avons déposé auprès de l'organisme, en septembre 2018 et en mars 2019, les rapports de suivi sur les travaux effectués.

## Ces rapports ont porté sur :

- l'implantation du bilan comparatif des médicaments;
- l'adoption d'un plan de sécurité des usagers;
- la mise en place d'une méthode intégrée de gestion des risques;
- l'adoption d'un cadre d'éthique pour l'établissement;
- le transfert de l'information aux points de transition;
- la conformité aux pratiques d'hygiène des mains.

Par ailleurs, en cours d'année, les équipes se sont mobilisées pour atteindre la conformité aux normes de qualité attendue par Agrément Canada pour le présent cycle. Plus spécifiquement, elles ont travaillé en vue de la visite qui aura lieu en octobre 2019 et qui vise :

- la Direction des programmes Jeunesse et Activités de santé publique (DPJASP);
- la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD);
- l'équipe de direction;
- le conseil d'administration;
- l'équipe de gestion des médicaments;
- l'équipe de retraitement des dispositifs médicaux;
- le Service de prévention et contrôle des infections.



# SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

Tout au long de l'année, des formations sur la gestion des risques et sur l'utilisation du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) ont été offertes par le Service de soutien à la qualité et à la gestion des risques. Ce sont 2 107 présences qui ont été répertoriées à l'une ou l'autre des formations suivantes: gestion des risques - une responsabilité partagée, déclaration incidents/accidents ou analyse sommaire.

Des communications au personnel, sous forme de notes de service, ont été réalisées à différents moments de l'année pour rappeler l'importance de la déclaration et pour donner de l'information sur différents sujets (déclaration des événements répétitifs, analyse sommaire par les gestionnaires, etc.).

Finalement, des statistiques sur le nombre de déclarations d'incidents et d'accidents ont été transmises aux différentes instances de l'établissement aux fins d'analyse et de prise de mesures correctives.

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

Principaux types d'incidents	2018-2019		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Événements liés à la gestion des médicaments	753	37,52 %	4,02 %
Problème de retraitement des dispositifs médicaux	314	15,65 %	1,68 %
Autres	104	5,18 %	0,56 %

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

Principaux types d'accidents	2018-2019		
	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	6 244	37,33 %	33,33 %
Événements liés à la gestion des médicaments	4 140	24,75 %	22,10 %
Abus/agression/harcèlement entre usagers	1 170	6,24 %	6,99 %

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

### Principaux risques d'incidents et d'accidents

À la suite des données recueillies au cours des années antérieures sur le nombre de chutes, l'établissement a créé cette année un cadre de référence en prévention des chutes. Le comité de gestion des risques a fait la recommandation d'adopter ce cadre auprès du comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration. Des recommandations ont également été adressées aux gestionnaires des secteurs où des chutes avec conséquence ont été répertoriées. De plus, le nombre de chutes avec conséquence a fait, encore cette année, l'objet d'un suivi dans la salle de pilotage de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE).

En ce qui concerne les erreurs liées à la gestion de la médication, le CISSS de la Montérégie-Ouest a poursuivi ses démarches d'amélioration dans le cadre des travaux des différents comités de gestion des médicaments.

Aussi, en ce qui a trait aux événements liés au retraitement des dispositifs médicaux, une analyse a été effectuée par le comité de retraitement des dispositifs médicaux du CISSS afin de mettre en place les mesures préventives pour prévenir les incidents liés au retraitement.

### Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

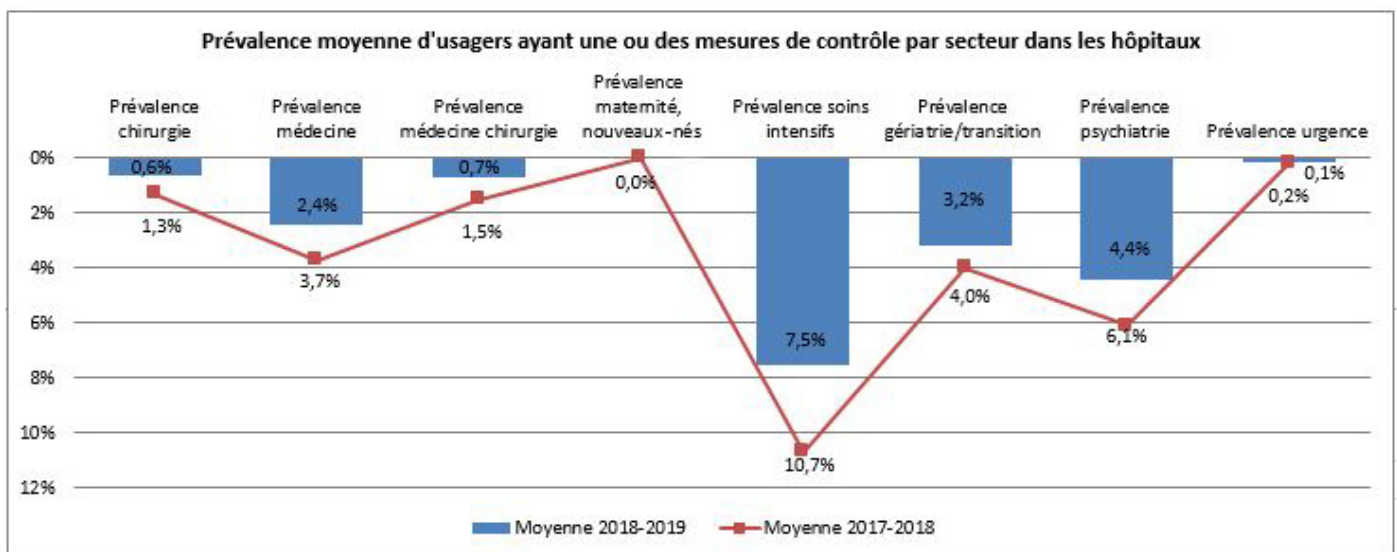
Par ailleurs, aucune recommandation n'a été émise concernant la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales et l'établissement n'a fait aucun suivi en cette matière.

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

L'application d'une mesure de contrôle doit demeurer une mesure exceptionnelle et de dernier recours, et ce, seulement quand la personne représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. Tous les efforts ont été mis en œuvre afin d'éviter qu'une mesure de contrôle soit utilisée. L'application de mesures de remplacement a été préconisée, ce qui explique la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.

### Centres hospitaliers

Le type de clientèle et le secteur ont eu une influence sur l'utilisation des mesures de contrôle en centre hospitalier. Dans un portrait englobant les trois hôpitaux de l'établissement (Anna-Laberge, Suroît et Barrie Memorial), une réduction de 0,1 % à 3,2 % de l'utilisation des mesures de contrôle déclarées peut être observée comparativement à l'année précédente.



## CHSLD

La prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle chez les résidents dans les 11 CHSLD a grandement diminué et se maintient. En début d'année 2017-2018, la prévalence était de 13% et a diminué jusqu'à 6% en fin d'année. Au cours de l'année 2018-2019, la prévalence chez les résidents s'est maintenue entre 4% et 6%.

### Secteur déficiences - déficience physique

Au cours de l'année, 74 usagers sur 8 095 ont eu une ou plusieurs mesures de contrôle planifiées ou non planifiées. De ces mesures de contrôle, seulement un épisode d'application d'une mesure était non planifié. Puisqu'il y a peu de mesures de contrôle dans ces secteurs, les résultats sont plutôt stables. La prévalence était de 1% en 2017-2018 et est passée à 0,9% en 2018-2019.

### Secteur déficiences - déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Au cours de l'année, 196 usagers sur 7 383 ont eu une ou plusieurs mesures de contrôle planifiées ou non planifiées. Étant donnée la grande sensibilisation à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, une réduction est observée, puisqu'en 2017-2018, la prévalence était de 3,8% alors qu'elle est passée à 2,7% en 2018-2019.

La plupart de ces mesures sont appliquées en résidence à assistance continue (RAC) ou à l'Unité Saint-Charles. La prévalence est plus élevée dans ces milieux, considérant que les RAC hébergent des usagers avec des troubles de comportement ou des troubles graves de comportement et l'Unité Saint-Charles, un milieu ultra spécialisé, héberge les usagers ayant des troubles graves de comportement avec dangerosité. Toutefois, en comparant avec l'année précédente, l'analyse des données révèle une réduction de la prévalence chez les usagers ayant une ou des mesures de contrôle de 7% (médiane) pour les RAC et une réduction de 14% (médiane) pour l'Unité Saint-Charles.

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

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

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

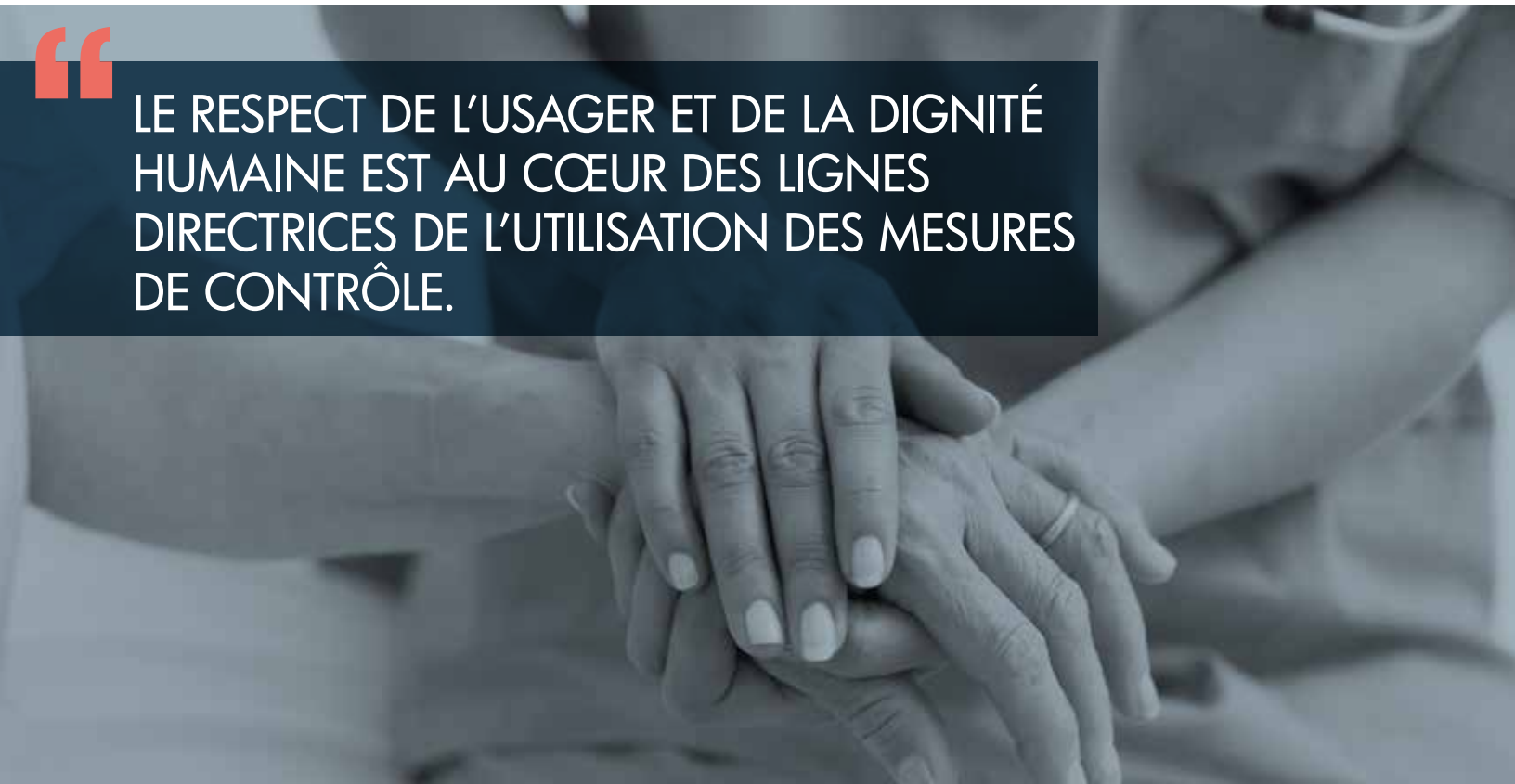
- Communication :
  - rédiger un plan de communication afin de faire connaître les politiques, les procédures, les outils de référence, les rôles et les responsabilités des différents acteurs devant être impliqués lors d'une demande d'aide médicale à mourir, ainsi que les coordonnées pour les joindre;
  - rappeler aux médecins concernés leur obligation en vertu de la Loi concernant les soins de fin de vie, lorsqu'un usager exprime une demande d'aide médicale à mourir.
- Formation :
  - demander à ce que des sessions de formation sur l'accompagnement des parents en deuil périnatal soient organisées pour le personnel infirmier des trois urgences de l'établissement.
- Surveillance :
  - réévaluer le nombre d'intervenants en présence la nuit dans une ressource, afin d'assurer un encadrement sécuritaire pour l'ensemble des usagers, en tenant compte des besoins spécifiques de la clientèle desservie dans le milieu.
- Mécanismes de sécurité :
  - mettre en place d'autres processus de contrôle dans une ressource pour qu'elle respecte ses obligations contractuelles;
  - prendre les moyens pour faire respecter les obligations du projet de loi 90;
  - apporter davantage de surveillance et de soutien pour répondre aux besoins des usagers.

## Protecteur du citoyen

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

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

- Processus de réclamation :
  - réviser la politique et la procédure sur la protection des effets personnels et la gestion des réclamations, concernant les usagers qui ne sont pas en état de le faire, et informer le personnel de ces modifications.
- Mécanismes de sécurité :
  - s'assurer que les plans d'intervention des usagers identifient la ou les mesures à mettre en place pour assurer la protection des prothèses auditives, de même que des lunettes et prothèses dentaires des usagers dont la condition ne permet pas d'en assurer eux-mêmes la protection.
- Utilisation des mesures de contrôle :
  - rappeler au personnel les notions entourant le consentement requis de l'utilisateur en contexte d'intervention planifiée et, en cas d'inaptitude, la nécessité d'obtenir un consentement substitué ou à défaut, de s'adresser au tribunal;
  - effectuer une analyse postsituationnelle auprès des usagers ayant fait l'objet de mesures de contrôle.



“ LE RESPECT DE L'USAGER ET DE LA DIGNITÉ HUMAINE EST AU CŒUR DES LIGNES DIRECTRICES DE L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE.

## Coroner

Au cours de l'année 2018-2019, le Bureau du coroner a transmis une recommandation à l'établissement à la suite d'embolies pulmonaires bilatérales consécutivement à une possible phlébite profonde. Il a été recommandé de :

- revoir le dossier pour valider que le traitement médical choisi était approprié en présence d'un diagnostic probable de phlébite.

La recommandation a été transmise au comité d'évaluation de l'acte du CMDP pour révision.

## Autre instance

L'établissement a procédé au suivi d'une recommandation adressée au MSSS par le Bureau du coroner et qui avait pour but de :

- s'assurer que chacune des directions des soins infirmiers du réseau réitère auprès de leur personnel soignant infirmier le caractère impératif et catégorique de l'application rigoureuse des protocoles de surveillance après l'administration de narcotiques déjà établis.

Les actions réalisées par l'organisation pour répondre à cette recommandation sont les suivantes :

- adopter une règle de soins « surveillance clinique des usagers qui reçoivent des opiacés ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central » en décembre 2018;
- former le personnel de soins.

# PERSONNES MISES SOUS GARDE

## Collecte des données pour les personnes mises sous garde dans l'établissement

Tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001) doit fournir les données suivantes.

	Mission hospitalière	Total
<b>Garde préventive</b>		
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	700	<b>700</b>
<b>Garde provisoire</b>		
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	S. O.*	<b>162</b>
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	176	<b>176</b>
<b>Garde autorisée</b>		
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	S. O.*	<b>146</b>
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	145	<b>145</b>

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



# EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sera disponible à : [santemonteregie.qc.ca/ouest](https://santemonteregie.qc.ca/ouest) dès que le rapport du commissaire aux plaintes et à la qualité des services sera déposé à l'Assemblée nationale par la ministre. Il est possible de joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services :

☎ 450 699-2425, poste 2462 | 1 800 700-0621

@ [insatisfactions-plaintes.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:insatisfactions-plaintes.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca).

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

# INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

La consultation de la population permet à l'établissement de connaître le niveau de satisfaction des usagers quant aux soins et aux services que nous leur offrons. Grâce aux commentaires de la clientèle, nous pouvons ainsi nous évaluer pour mieux nous ajuster, s'il y a lieu. De plus, plusieurs canaux de communication ont été utilisés pour informer la population sur les différentes activités de l'établissement.

Québec 

[Accueil](#) [Plan du site](#) [Nous joindre](#) [Portail Québec](#) [Extranet](#)

[English](#)

Portail Santé Montérégie

SOINS ET SERVICES

INSTALLATIONS

CONSEILS SANTÉ

EMPLOIS

ACCÈS RAPIDE

AA

Q

[Organisation](#)

[Emplois et stages](#)

[Documentation](#)

[Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges](#)


[Salle de presse](#)

## CISSS de la Montérégie-Ouest



La page d'accueil du site Internet  
[santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest)

La population du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest a pu être informée grâce aux moyens de communication suivants :

- Le **site Internet [santemonteregie.qc.ca](http://santemonteregie.qc.ca)** présentant les trois CISSS de la Montérégie, facilite les recherches pour trouver les soins et les services offerts près de chez soi. La section du CISSS de la Montérégie-Ouest [santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest) diffuse les informations relatives aux soins, aux services, aux activités de l'organisation de même que les campagnes de sensibilisation du MSSS et facilite la recherche d'emploi. Il est possible pour la population, par les divers liens sur le site Web, de communiquer avec le CISSS pour poser une question ou émettre un commentaire.
  -  La **page Facebook** de l'établissement fournit à la population des nouvelles ponctuelles sur ses diverses activités. On y diffuse des renseignements sur les événements de l'organisation, les mois et les semaines thématiques, les conférences de presse organisées, les formations ou les groupes de discussion offerts à la population ainsi que les offres d'emploi. En tout temps, il est possible d'y poser des questions ou d'y émettre un commentaire.
  - Des **communiqués de presse** sont acheminés aux médias pour faire connaître les dernières nouvelles ainsi que les bons coups de l'organisation.
  - La population est invitée à participer aux **séances du conseil d'administration**. Le volet « Conseil d'administration » qui se trouve dans la section « Organisation » du site Internet [santemonteregie.qc.ca/ouest](http://santemonteregie.qc.ca/ouest) donne accès au calendrier des prochaines séances, à la liste des membres du conseil d'administration, aux ordres du jour et aux procès-verbaux des séances de même qu'à la chronique Zoom sur le CA, qui résume les faits saillants des différentes séances publiques. De plus, la population est invitée à la séance publique annuelle d'information. Cet événement est l'occasion pour l'établissement de présenter son dernier rapport annuel de gestion et pour le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, de présenter son rapport de la dernière année.
  - L'établissement diffuse **l'espacePROJETS**, qui traite des dernières nouvelles du PHVS, tant auprès de son public interne que de ses partenaires. De plus, une section spécifique du site Internet a été créée afin de suivre les avancements des travaux en temps réels. Pour plus d'information, rendez-vous au [santemonteregie.qc.ca/ouest/projet-hopital-vaudreuil-soulanges](http://santemonteregie.qc.ca/ouest/projet-hopital-vaudreuil-soulanges).
  - Des **formulaires de satisfaction** sont également distribués dans différentes installations de l'établissement. Ces formulaires permettent de connaître l'opinion des usagers au sujet des services qu'ils ont reçus.
  - Le **comité des usagers** du centre intégré (CUCI) voit également à consulter et informer la population au moyen de son assemblée annuelle ainsi que dans le cadre d'activités thématiques relatives à son mandat (LSSSS, articles 209 à 212). Il est possible de le joindre au : **☎ 450 699-2425, poste 4794.**
- Le CISSS de la Montérégie-Ouest a à cœur l'opinion de ses usagers. C'est pourquoi tous les commentaires et les questions sont les bienvenus afin d'orienter nos actions pour améliorer l'expérience clientèle.





# APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE



# APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

**Exercice du 10 décembre 2017 au 31 mars 2019**

Activité	Information demandée	Nombre
<b>Soins palliatifs et de fin de vie</b>	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2 724
<b>Sédation palliative continue</b>	Nombre de sédations palliatives continues administrées	86
<b>Aide médicale à mourir</b>	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	62
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	44
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs	18 Motifs : (1) Usager devenu confus entre la 1 <sup>re</sup> et la 2 <sup>e</sup> évaluation (2) Usagers ont changé d'idée (1) Raison non inscrite (1) Usager devenu inapte (1) Usager ne respecte pas les conditions 4 et 7 (6) Usagers sont décédés naturellement avant (2) Usagers ne satisfont pas les critères (4) Usagers ont opté pour la sédation palliative continue



# RESSOURCES HUMAINES



# GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS



## Engagement

J'AI À CŒUR LA PARTICIPATION  
DES USAGERS À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE,  
C'EST POURQUOI JE PROPOSE DES INITIATIVES  
LEUR PERMETTANT DE S'ÉPANOUIR.

– Luce Betournay, physiothérapeute



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

11045317 - CISSS de la Montérégie-Ouest		Comparaison sur 364 jours d'avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
Personnel d'encadrement	2014-15	704 699	1 803	706 501	388	452
	2015-16	624 097	1 340	625 436	343	441
	2016-17	602 979	1 499	604 478	331	388
	2017-18	562 733	1 277	564 011	309	372
	2018-19	572 479	2 134	574 614	315	375
	Variation	(18,8%)	(18,4%)	(18,7%)	(18,7%)	(17,0%)
Personnel professionnel	2014-15	2 174 737	4 719	2 179 456	1 210	1 573
	2015-16	2 207 345	4 157	2 211 502	1 228	1 590
	2016-17	2 207 260	3 043	2 210 303	1 228	1 611
	2017-18	2 324 571	4 995	2 329 566	1 295	1 705
	2018-19	2 437 991	9 336	2 447 327	1 357	1 803
	Variation	12,1%	97,8%	12,3%	12,2%	14,6%
Personnel infirmier	2014-15	2 917 920	127 791	3 045 711	1 573	2 156
	2015-16	2 961 867	115 360	3 077 227	1 597	2 158
	2016-17	3 005 257	148 705	3 153 962	1 614	2 201
	2017-18	3 096 664	163 314	3 259 978	1 663	2 338
	2018-19	3 280 396	203 028	3 483 424	1 762	2 508
	Variation	12,4%	58,9%	14,4%	12,1%	16,3%
Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 471 659	120 349	6 592 009	3 500	4 844
	2015-16	6 464 032	107 492	6 571 524	3 495	4 798
	2016-17	6 391 112	140 215	6 531 328	3 458	4 767
	2017-18	6 424 805	167 767	6 592 572	3 476	4 942
	2018-19	6 659 546	225 023	6 884 568	3 597	5 180
	Variation	2,9%	87,0%	4,4%	2,8%	6,9%
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	737 291	8 341	745 632	377	583
	2015-16	716 316	9 453	725 769	366	561
	2016-17	713 917	12 143	726 061	366	590
	2017-18	749 158	15 194	764 352	384	638
	2018-19	762 411	21 132	783 543	391	661
	Variation	3,4%	153,4%	5,1%	3,6%	13,4%
Étudiants et stagiaires	2014-15	23 116	69	23 185	13	69
	2015-16	14 168	27	14 196	8	49
	2016-17	9 307	24	9 331	5	43
	2017-18	13 800	78	13 877	8	48
	2018-19	16 296	91	16 387	9	53
	Variation	(29,5%)	32,2%	(29,3%)	(28,9%)	(23,2%)
<b>Total du personnel</b>	<b>2014-15</b>	<b>13 029 422</b>	<b>263 072</b>	<b>13 292 494</b>	<b>7 060</b>	<b>9 424</b>
	<b>2015-16</b>	<b>12 987 825</b>	<b>237 830</b>	<b>13 225 654</b>	<b>7 038</b>	<b>9 350</b>
	<b>2016-17</b>	<b>12 929 833</b>	<b>305 629</b>	<b>13 235 462</b>	<b>7 003</b>	<b>9 342</b>
	<b>2017-18</b>	<b>13 171 731</b>	<b>352 624</b>	<b>13 524 356</b>	<b>7 136</b>	<b>9 742</b>
	<b>2018-19</b>	<b>13 729 120</b>	<b>460 744</b>	<b>14 189 863</b>	<b>7 432</b>	<b>10 236</b>
	<b>Variation</b>	<b>5,4%</b>	<b>75,1%</b>	<b>6,8%</b>	<b>5,3%</b>	<b>8,6%</b>

\* Les données ont été fournies par le MSSS.

## Cible en heures rémunérées pour 2018-2019

Cible en heures rémunérées	13 781 455
Écart à la cible	408 408
Écart à la cible en %	3%

Cette variation s'explique notamment par l'augmentation importante des heures offertes à notre population en services à domicile (300 000 heures) et l'embauche de ressources à la suite des enveloppes de développement reçues dans le secteur de la déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme (65 000 heures). Le solde correspond aux autres investissements reçus par l'établissement.





# RESSOURCES FINANCIÈRES



# UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

## Activités principales (non auditées)

Programme	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	\$	%	\$	%	\$	%
<b>Programmes-services</b>						
Santé publique	8 092 705	1,1	8 473 777	1,1	381 072	4,7
Services généraux – activités cliniques et d'aide	27 062 816	3,7	30 856 377	3,8	3 793 561	14,0
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	134 163 160	18,2	155 470 473	19,3	21 307 313	15,9
Déficience physique	47 802 619	6,5	50 775 975	6,3	2 973 356	6,2
Déficience intellectuelle et TSA	154 887 261	21,0	163 256 559	20,3	8 369 298	5,4
Jeunes en difficulté	8 496 652	1,1	9 016 878	1,1	520 226	6,1
Dépendances	11 209 804	1,5	11 985 276	1,5	775 472	6,9
Santé mentale	29 732 397	4,0	33 184 684	4,1	3 452 287	11,6
Santé physique	178 406 773	24,2	199 247 422	24,7	20 840 649	11,7
<b>Programmes soutien</b>						
Administration	43 277 052	5,9	41 076 937	5,1	-2 200 115	-5,1
Soutien aux services	45 280 946	6,1	48 017 159	6,0	2 736 213	6,0
Gestion des bâtiments et des équipements	49 199 570	6,7	53 679 979	6,7	4 480 409	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>737 611 755</b>	<b>100</b>	<b>805 041 496</b>	<b>100</b>	<b>67 429 741</b>	<b>9,1</b>

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

# ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Conformément aux articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice.

Au cours de l'exercice financier 2018-2019, l'établissement s'est conformé à cette exigence en dégagant un surplus à son fonds d'exploitation de 858 234 \$ et un déficit à son fonds d'immobilisations de 827 256 \$ pour un résultat global de 30 978 \$.

## CONTRATS DE SERVICE

Vous trouverez ci-dessous les données sur les contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus et conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et le 31 mars 2019.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique	139	71 134 290 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	65	34 038 752 \$
<b>Total des contrats de service*</b>	<b>204</b>	<b>105 173 042 \$</b>

\* Ce total comprend 134 contrats avec des ressources de type familial (RTF).





# ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES



# ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES

## Commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

### Signification des codes

#### Colonne 3 - Nature

R: Réserve      O: Observation      C: Commentaire

#### Colonnes 5, 6 et 7 - État de la problématique


R: Régulé      PR: Partiellement réglé      NR: Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
Tel qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2015-2016	R	Selon les directives du MSSS.			X
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
Certains établissements du CISSS 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.	2015-2016	R	La mise en place de systèmes d'informations unifiés est une priorité ministérielle et le CISSS de la Montérégie-Ouest participe activement à cette transformation selon le calendrier du MSSS. La DL est la direction responsable du déploiement à l'interne.			X
L'unité de mesure « mètre carré » pour le centre d'activité 7644 – Hygiène salubrité n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisque aucun travail n'a été effectué par l'établissement pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7644 - Hygiène salubrité présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffé le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Bien que plusieurs installations supplémentaires présentent maintenant un mesurage conforme aux normes, les travaux planifiés n'ont pas pu être complétés au cours de l'année 2018-2019. Les travaux se poursuivront en 2019-2020.		X	



Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées - suite</b>						
L'unité de mesure « mètre carré » pour le centre d'activité 7710 – Sécurité n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisque aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7710 – Sécurité présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2017-2018	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffé le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Bien que plusieurs installations supplémentaires présentent maintenant un mesurage conforme aux normes, les travaux planifiés n'ont pas pu être complétés au cours de l'année 2018-2019. Les travaux se poursuivront en 2019-2020.		X	
L'unité de mesure « mètre cube » pour le centre d'activité 7801 – Entretien et réparation des installations n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisque aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7801 – Entretien et réparation des installations présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffé le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Bien que plusieurs installations supplémentaires présentent maintenant un mesurage conforme aux normes, les travaux planifiés n'ont pas pu être complétés au cours de l'année 2018-2019. Les travaux se poursuivront en 2019-2020.		X	
L'unité de mesure « mètre cube » pour le centre d'activité 7700 - Fonctionnement des installations n'a pas été compilée au cours de la période financière, puisque aucun document n'existe pour valider la superficie occupée. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique de l'unité de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7700 - Fonctionnement des installations présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2016-2017	R	Une liste complète des installations a été dressée en 2017-2018, liste à laquelle a été greffé le détail des activités opérationnelles effectuées sur ces sites (CA 7640, 7700, 7710 et 7800). Vu le manque d'information sur les superficies et les volumes, un projet structurant de mesurage a été proposé. Bien que plusieurs installations supplémentaires présentent maintenant un mesurage conforme aux normes, les travaux planifiés n'ont pas pu être complétés au cours de l'année 2018-2019. Les travaux se poursuivront en 2019-2020.		X	

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées - suite</b>						
Les unités de mesure « l'intervention » et « l'usager » pour le centre d'activité 6730 – Consultation sociale et psychologique de courte durée n'ont pas pu être validées pour les périodes de 1 à 7, car il y a eu une délocalisation des intervenants en GMF et que les systèmes d'information dans lesquels ils devaient décrire leurs activités ne permettaient pas l'extraction des données. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique des unités de mesure pour les périodes 1 à 7 et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de ces unités pour ces périodes. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 6730 – Consultation sociale et psychologique de courte durée présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2017-2018	R	Mise en place d'un système de compilation maison avec des fichiers excel qui sont tous reliés.	X		
L'unité de mesure « la présence » pour le centre d'activité 7001 – Centre pour activités de jour n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car il existe des écarts entre les données compilées et les éléments probants en support à la compilation. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique des unités de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7001 – Centre pour activités de jour présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2018-2019	R	Révision de la méthode de saisie de données. Validation et approbation périodique du supérieur immédiat.			X
L'unité de mesure « Le repas » pour le centre d'activité 7554 - Alimentation - Autres n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière, car certaines données n'ont pas été compilées. Par conséquent, notre audit s'est limité à une revue analytique des unités de mesure et nous n'avons pu déterminer le traitement adéquat de cette unité. L'effet de ce qui précède sur les unités de mesure et les coûts unitaires s'y rapportant du centre d'activité 7554 - Alimentation - Autres présentés à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.	2018-2019	R	Le mécanisme de compilation doit être revu et les outils de compilation seront ajustés.			X
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
Lors de nos travaux, nous avons remarqué que l'établissement n'effectuait pas une surveillance adéquate des contrôles pour les activités touchant l'information financière imparties à une société de services. L'établissement devrait mettre en place des contrôles de surveillance ou obtenir l'attestation que les contrôles ont été mise en place et qu'ils ont fonctionné adéquatement tout au long de l'année. (Rapport NCMC 3416 de type 2)	2016-2017	C	Des analyses financières des données salariales sont réalisées de façon périodique pour assurer la validité des informations.		X	



# DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES



# DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

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

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

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

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

# ANNEXE



# CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

## des administrateurs du conseil d'administration

### PRÉAMBULE

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

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

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

### 2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec;
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1);
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2);

- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2);
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1);
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

### 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

**Entreprise :** Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à

promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

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

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

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

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

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

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

**Personne indépendante :** Tel que défini à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, 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 circonstances<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> 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.

**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.

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

### 7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs permettant de veiller à l'intérêt public. 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 généraux en privilégiant les exigences de la bonne foi;
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables;
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population;
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles;
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en 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 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 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 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 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, doit être écrite et motivée. 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 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 jours suivant la présence d'une telle situation.

## 21. Obligations en fin de 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.



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



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