

## RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2022 - 2023

Montréal-est

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ  
ET DE SERVICES SOCIAUX DE  
LA MONTÉRÉGIE-EST

Québec 

# Table des matières

## 2 Message des autorités

## 3 Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

## 4 Présentation de l'établissement et faits saillants

6	Mission, vision et valeurs
7	Service de santé et services sociaux offerts par l'établissement
8	Affiliation universitaire du CISSS de la Montérégie-Est
10	Carte des installations du CISSS de la Montérégie-Est
12	Structure organisationnelle au 31 mars 2022
14	Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives
24	Les faits saillants
36	Prix de reconnaissance

## 39 Les résultats au regard des cibles des ententes de gestion en lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux

## 55 Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

## 75 Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

## 77 Ressources humaines

78	Ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné
79	Gestion et contrôle des effectifs

## 80 Ressources financières

81	Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme
81	L'équilibre budgétaire

## 83 Ressources informationnelles

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

## 88 La divulgation des actes répréhensibles

## 88 Les organismes communautaires

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

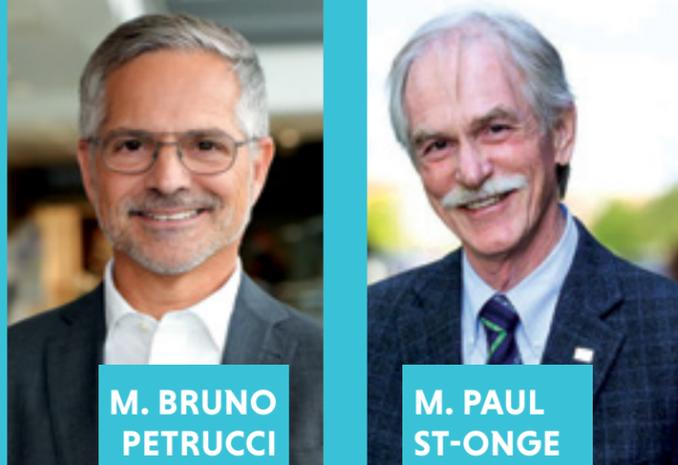
## 97 Annexes

Le Rapport annuel de gestion 2022-2023 est disponible en version électronique à l'adresse : [santeme.quebec](http://santeme.quebec)  
Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN : 978-2-550-95875-8 (version imprimée)  
ISBN : 978-2-550-95876-5 (version PDF)

La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable de l'établissement.



M. BRUNO  
PETRUCCI

M. PAUL  
ST-ONGE

Le CISSS de la Montérégie-Est termine l'année 2022-2023 avec un bilan de réalisations enviables à plusieurs niveaux et nous en sommes très fiers. Si nous avons pu réaliser autant de belles initiatives pour la santé et le bien-être de la population, c'est grâce à la mobilisation, à l'expertise, à l'esprit d'innovation et à l'engagement de notre communauté de plus de 16 000 employés, gestionnaires et médecins. Nous les remercions très sincèrement.

## Message des autorités

Tous les efforts déployés par nos équipes ont permis à notre établissement de poursuivre sa mission première, soit celle d'offrir des soins et des services sociaux de qualité et sécuritaire à la population. Tout au long de l'année, plusieurs projets ont été menés de front comme l'ouverture de trois nouvelles cliniques au Centre régional spécialisé pédiatrique, le déploiement d'Aire ouverte RLS Pierre-De Saurel qui s'adresse aux jeunes de 12 à 25 ans, ou encore le nouvel accès simplifié pour obtenir des services de l'accueil psychosocial.

À travers tout cela, plusieurs nouveaux chantiers ont vu le jour et d'autres se sont poursuivis. Que ce soit des chantiers majeurs tels que la nouvelle urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier qui a d'ailleurs été inaugurée en mai 2023, les maisons des aînés ou encore des travaux de plus petite envergure comme les rénovations du Centre de jour d'Acton Vale, tous s'inscrivent dans notre plan de modernisation de l'ensemble de nos installations.

Ces nombreuses réalisations et tant d'autres, de petite comme de grande taille, traduisent bien la vision de l'organisation de mettre l'utilisateur au cœur de nos priorités et témoignent bien de notre volonté de toujours améliorer l'expérience de nos différentes clientèles.

Sur le plan organisationnel, nous avons continué à investir dans le développement et la santé globale de nos employés, sachant l'importance cruciale de leur bien-être au travail. Nous avons entre autres déployé une communauté d'ambassadeurs santé au sein de l'organisation et mis sur pied plusieurs activités organisation-

nelles pour reconnaître le travail de nos troupes. Afin d'optimiser la gestion de proximité et favoriser la fluidité dans nos hôpitaux, nous avons créé de nouveaux postes de directeurs adjoints des soins critiques et de la coordination des activités hospitalières ainsi qu'une direction de l'accès première ligne et coordination de la première ligne.

Enfin, l'année 2023 s'est amorcée sous le thème de la transformation avec la création de la Direction transformation, pertinence et innovation. En effet, pour répondre aux besoins grandissants de la population et pallier à la pénurie de main-d'œuvre, nous n'avons pas d'autres choix que de penser les soins et les services différemment et mieux. Cette nouvelle direction accompagnera ainsi l'organisation dans cette démarche de transformation, dans l'analyse de la pertinence et afin de catalyser l'innovation en valorisant les connaissances de notre plus grande richesse, nos équipes sur le terrain.

Certes, beaucoup nous reste à faire, mais nous sommes sur le bon chemin. Et nous sommes convaincus que c'est grâce à notre grande équipe talentueuse, compétente et dévouée que nous pourrions poursuivre notre lancée, au bénéfice de la population de la Montérégie. L'année 2023 s'annonce porteuse de belles choses!

Bonne lecture!

Bruno Petrucci, MBA, ASC, CHE  
Président-directeur général

Paul St-Onge  
Président du conseil d'administration

# 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.

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Un rapport a été produit à cet effet.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2022-2023 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est :

- 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 2023.

Bruno Petrucci, MBA, ASC, CHE  
Président-directeur général

# Présentation de l'établissement et faits saillants



## Le CISSS, de la Montérégie-Est en chiffres

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est est un établissement offrant des services de santé et de services sociaux à la population.

De plus, il regroupe l'ensemble de la région sociosanitaire de la Montérégie en ce qui concerne les services de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que la réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

**550 000**

personnes desservies sur le territoire

**16 000**

employés

**12**

fondations

**550**

bénévoles

**6**

municipalités régionales de comté (MRC)

**856**

médecins, dentistes et pharmaciens

Le CISSS de la Montérégie-Est

**3 485**  
km<sup>2</sup> de superficie

Acton, Maskoutains, la Vallée-du-Richelieu, l'Agglomération de Longueuil, Marguerite-D'Youville et Pierre-De Saurel

**1 356 314 624 \$**

de budget

## Notre mission

- Maintenir, améliorer et rétablir la santé et le bien-être de la population du réseau territorial de services (RTS) de la Montérégie-Est en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité.
- Offrir des services de protection de la jeunesse et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur famille de la région sociosanitaire de la Montérégie.

## Notre vision

- Des soins de santé et de services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins de la population de la Montérégie-Est.
- Des services de protection et de réadaptation accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des jeunes en difficulté et à leur famille pour l'ensemble de la Montérégie.

## Nos valeurs

Six valeurs organisationnelles guident nos actions au quotidien :

Ces valeurs font partie de notre **cadre de référence en éthique** qui est composé également du système de gestion et l'éthique de l'organisation.



### Respect

C'est ce qui guide notre conduite



### Considération

Une approche personnalisée est source de réconfort



### Compétence

Notre savoir est reconnu



### Collaboration

On est fier d'être partenaire



### Engagement

Faire la différence, c'est ce qui compte



### Intégrité

Notre parole est digne de confiance



## Services de santé et services sociaux offerts par l'établissement

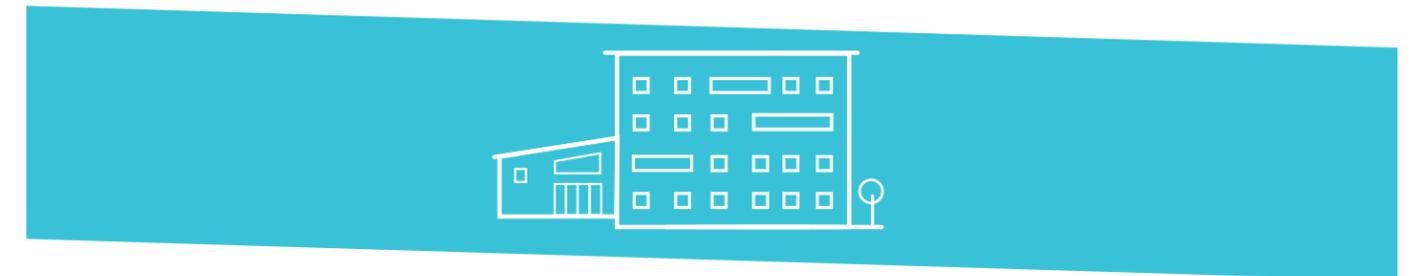


### Hôpital

- Services diagnostiques, services médicaux et soins généraux et spécialisés pour des clientèles hospitalisées et ambulatoires.

### Centre local de services communautaires (CLSC)

- Services de santé et services sociaux courants de nature préventive, curative, de réadaptation ou de réinsertion offerts au CLSC, à l'école ou à domicile;
- Activités de santé publique.



### Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)

- Services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents;
- Services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise pour la garde d'enfants, d'adoption et de recherche dans les antécédents biologiques;
- Services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces jeunes.



### Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA)

- Services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des jeunes en difficulté d'adaptation;
- Services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces jeunes.

### Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

- Services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance dans un milieu de vie temporaire ou permanent;
- Services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux à des adultes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale.

## Affiliations universitaires du CISSS de la Montérégie-Est

Ayant à cœur le maintien à jour des connaissances de nos professionnels et désirant participer activement à la formation d'un nombre d'étudiants en médecine, en pharmacie, en sciences infirmières et dans toutes les autres professions de soins et de services, le CISSS de la Montérégie-Est possède une expérience diversifiée en enseignement des sciences de la santé et des sciences humaines sur ses différents sites. Étant affilié avec l'Université de Sherbrooke et l'Université de Montréal, le CISSS s'implique activement dans sa mission d'enseignement et de recherche.

La Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), qui est responsable des stages dans toute l'organisation, a accueilli et suivi :

- 2 981 stagiaires, pour un total de 302 équivalents à temps complet;
- 5 553 stages réalisés dans les différentes missions du CISSS;
- Augmentation de plus de 18 % du nombre de stages réalisés depuis l'an dernier.

## Augmentation de + de 18 % du nombre de stages réalisés 2 981 stagiaires

En tout début d'année, la DEUR a implanté une nouvelle plateforme de gestion des stages nommée Apprenti-stage. Ce logiciel de gestion des demandes de stages multidisciplinaires permet une économie de temps de traitement et de papier. De plus, ce nouvel outil assure l'intégrité des données nécessaires à la production de rapports statistiques tel que le rapport annuel.

La DEUR a également mis en ligne, en avril 2022, le microsite web « infostageciissme.com ». Ce site est accessible au grand public, mais s'adresse plus spécifiquement aux étudiants, stagiaires, enseignants, représentants des maisons d'enseignements et aux superviseurs de stage. Il donne accès à de l'information à jour sur les milieux de stages disponibles au CISSS et offre de multiples outils et conseils pour une prestation de stage réussie, et ce, à un seul et même endroit. Véritable vitrine sur l'établissement et ses différentes missions, Infostage suscite l'intérêt des étudiants à venir faire leur stage et, pourquoi pas, y travailler. Le site apporte déjà des retombées intéressantes pour les maisons d'enseignement, les étudiants et le personnel de l'établissement.

Par exemple, l'information et les liens utiles se trouvant en un seul endroit simplifient énormément le travail de la DEUR lors des mises à jour et des communications avec les étudiants et les superviseurs.

De plus, Infostage facilite le travail des représentants des maisons d'enseignement qui l'utilisent en référence pour répondre aux questions des étudiants.

### Agrandissement du GMF-U Richelieu-Yamaska

La dernière année fut également une année de travaux majeurs au niveau des infrastructures. En effet, le Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) Richelieu-Yamaska doublera sa superficie afin de recevoir davantage de résidents en médecine de famille. Cet accroissement augmente aussi le nombre de médecins superviseurs et de professionnels qui œuvrent en clinique. Pour ce faire, un bâtiment de plus de 2 000 mètres carrés est en projet de construction. Dans le respect de tous les échéanciers, celui-ci devrait accueillir l'équipe du GMF-U Richelieu-Yamaska et les apprenants en juillet 2024. Rappelons que ce dernier est affilié avec l'Université de Sherbrooke.

### Le nouveau Centre médical Longueuil

Le 19 septembre 2022 était inaugurée une nouvelle clinique, le Centre médical Longueuil (CML). Cette clinique vise à recruter des patients afin d'ouvrir un second GMF-U au CISSS de la Montérégie-Est. La reconnaissance universitaire est prévue en avril 2024 pour l'arrivée d'une première cohorte de résidents en juillet 2024. Par ailleurs, depuis décembre 2022, le CML accueille des stagiaires en sciences infirmières. En vue de la concrétisation du projet GMF-U, le Centre médical Longueuil déménagera au 20, boulevard de Mortagne à Boucherville, en décembre 2023.

L'espace dédié à la clinique sera approximativement de 1 500m<sup>2</sup> d'espaces cliniques, d'enseignement et de recherche.

### Projets de recherche

La DEUR a procédé au renouvellement des ententes de délégation de pouvoirs avec le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne du CISSS de la Montérégie-Centre et du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces ententes assurent le respect des modalités en lien avec l'approbation éthique et institutionnelle de tous les projets de recherche soumis au CISSS de la Montérégie-Est. L'équipe de la DEUR assure également le processus de convenance institutionnelle en collaboration avec les directions et partenaires concernés.

En 2022-2023, 106 projets de recherche étaient actifs dans les différentes installations et 26 nouveaux projets de recherche ont été accueillis. L'intention de la DEUR, pour les prochaines années, est d'accroître de manière significative les activités de recherche de l'établissement. À cet effet, quatre personnes, dont un gestionnaire, s'ajouteront à l'équipe afin d'augmenter notre capacité d'accueil de nouveaux projets dans la prochaine année.

## 106 projets actifs 26 nouveaux projets accueillis

Au début de 2022, la DEUR a débuté un plan de développement de la recherche en collaboration avec un gestionnaire de projet de la Table nationale des directeurs de la recherche (TNRD). Ce plan vise à encadrer et soutenir la recherche au CISSS de la Montérégie-Est de manière plus efficiente et s'inscrira dans les travaux de la TNRD afin de positionner la recherche dans les établissements en santé.

### Érudition et transfert des connaissances

La DEUR a également procédé à la fusion de ses trois centres de documentation en une bibliothèque. Les trois points de services existants seront maintenus. Ces succursales sont situées à l'Hôpital Honoré-Mercier, à l'Hôpital Pierre-Boucher et au Campus de Chambly. Dans le cadre de la fusion, la collection de la bibliothèque du CISSS de la Montérégie-Est se retrouvera dans un seul catalogue. En 2022-2023, ce sont plus de 13 920 consultations dans les ressources électroniques, 372 recherches documentaires et 7605 prêts de

documents qui ont été réalisés, des activités importantes dans la poursuite de l'acquisition et du transfert des connaissances.

Deux centres d'apprentissage et de simulation clinique sont mis à disposition des professionnels de la santé et des apprenants leur permettant de pratiquer certaines techniques de soins. Le premier est situé à l'Hôpital Honoré-Mercier à Saint-Hyacinthe et le deuxième à l'Hôpital Pierre-Boucher à Longueuil. Durant la dernière année, les centres ont permis la réalisation de 175 formations en lien avec différentes activités cliniques : réanimation, installation d'intraveineuse sous écho, code bleu, simulation d'intubation, pour ne citer que ces dernières. Ils sont également un milieu de formation exceptionnel pour la simulation. Nous travaillons à la poursuite du développement et à l'optimisation de nos centres de simulation.

## + de 13 920 consultations 372 recherches documentaires 7 605 prêts de documents

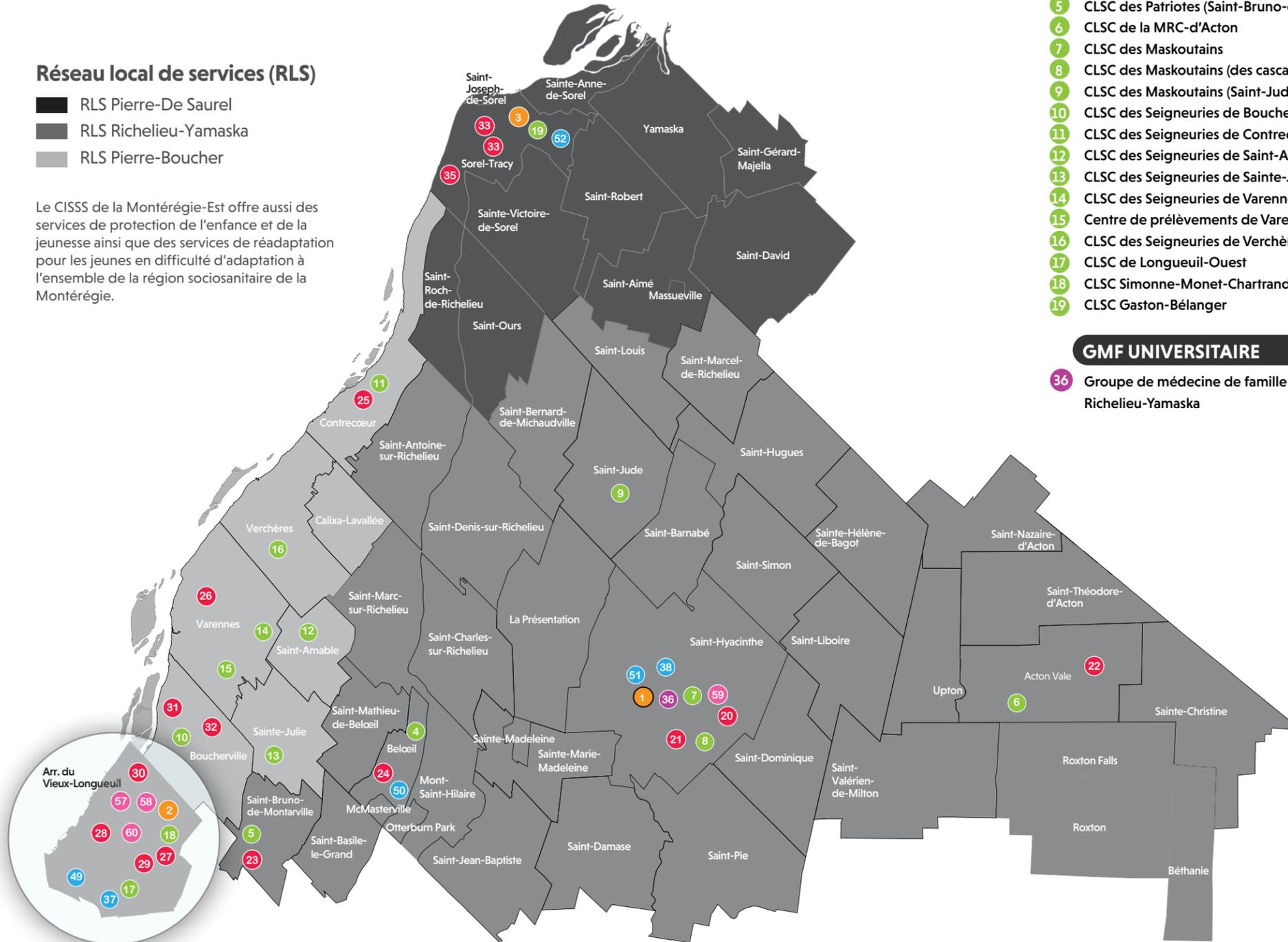


# Carte des installations du CISSS de la Montérégie-Est

## Réseau local de services (RLS)

- RLS Pierre-De Saurel
- RLS Richelieu-Yamaska
- RLS Pierre-Boucher

Le CISSS de la Montérégie-Est offre aussi des services de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que des services de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation à l'ensemble de la région sociosanitaire de la Montérégie.



Installations des services jeunesse situées à l'extérieur du territoire du CISSS, localisées en Montérégie.

- 39
- 40
- 53
- 54
- 55
- 56



## HÔPITAUX

- 1 Hôpital Honoré-Mercier et siège social
- 2 Hôpital Pierre-Boucher
- 3 Hôtel-Dieu de Sorel

## CLSC

- 4 CLSC des Patriotes
- 5 CLSC des Patriotes (Saint-Bruno-de-Montarville)
- 6 CLSC de la MRC-d'Acton
- 7 CLSC des Maskoutains
- 8 CLSC des Maskoutains (des cascades)
- 9 CLSC des Maskoutains (Saint-Jude)
- 10 CLSC des Seigneuries de Boucherville
- 11 CLSC des Seigneuries de Contrecoeur
- 12 CLSC des Seigneuries de Saint-Amable
- 13 CLSC des Seigneuries de Sainte-Julie
- 14 CLSC des Seigneuries de Varennes
- 15 Centre de prélèvements de Varennes
- 16 CLSC des Seigneuries de Verchères
- 17 CLSC de Longueuil-Ouest
- 18 CLSC Simonne-Monet-Chartrand
- 19 CLSC Gaston-Bélanger

## GMF UNIVERSITAIRE

- 36 Groupe de médecine de famille universitaire Richelieu-Yamaska

## CENTRES D'HÉBERGEMENT

- 20 Centre d'hébergement Andrée-Perrault
- 21 Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe
- 22 Centre d'hébergement de la MRC-d'Acton
- 23 Centre d'hébergement de Montarville
- 24 Centre d'hébergement Marguerite-Adam
- 25 Centre d'hébergement De Contrecoeur
- 26 Centre d'hébergement De Lajemmerais
- 27 Centre d'hébergement de Mgr-Coderre
- 28 Centre d'hébergement du Chevalier-De Lévis
- 29 Centre d'hébergement du Manoir-Trinité
- 30 Centre d'hébergement René-Lévesque
- 31 Centre d'hébergement Jeanne-Crevier
- 32 CHSLD des Seigneurs
- 33 Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance
- 34 Centre d'hébergement J.-Arsène-Parenteau
- 35 Centre d'hébergement de Tracy

## SERVICES JEUNESSE

- 37 Campus de Longueuil (réadaptation en internat et services psychosociaux)
- 38 Campus de Saint-Hyacinthe (réadaptation en internat)
- 39 Campus de Chambly (réadaptation en internat)
- 40 Campus de Valleyfield (réadaptation en internat et services psychosociaux)
- 41 Foyer l'Envol et l'Aquarelle (réadaptation en internat)\*
- 42 Foyer l'Orchidée (réadaptation en internat)\*
- 43 Foyer l'Équipée (réadaptation en internat)\*
- 44 Foyer l'Explorateur (réadaptation en internat)\*
- 45 Foyer le Voilier (réadaptation en internat)\*
- 46 Foyer l'Escargot (réadaptation en internat)\*
- 47 Foyer le Colibri (réadaptation en internat)\*
- 48 Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation du Parc\*
- 49 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Longueuil)
- 50 Centre de services psychosociaux (Beloeil)
- 51 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Saint-Hyacinthe)
- 52 Centre de services psychosociaux (Sorel-Tracy)
- 53 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Châteauguay)
- 54 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Saint-Jean-sur-Richelieu)
- 55 Centre de services psychosociaux (Vaudreuil-Dorion)
- 56 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Valleyfield)

## CENTRES ADMINISTRATIFS

- 57 Centre administratif Adoncour
- 58 Centre administratif du Tremblay
- 59 Centre administratif Gauthier
- 60 Centre administratif Roland-Therrien

\*Installations ne figurant pas sur la carte afin de conserver la confidentialité de leur emplacement.



# Le conseil d'administration, les comités, les conseils et instances consultatives

## Conseil d'administration

### Membres du CA

#### Membres désignés :

Docteur Robert Duranceau, Département régional de médecine générale (DRMG). Fin de mandat le 10 novembre 2022 – Siègne vacant

Docteur Antoine Hejeily, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Fin de mandat le 10 novembre 2022, remplacé par la docteure Marie-Claude Blouin le 11 novembre 2022

Madame Diem Vo, Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Monsieur Martin Gaudette, Conseil des infirmières et infirmiers (CII). Fin de mandat le 10 novembre 2022, remplacé par madame Marie-Eve Choronzey le 11 novembre 2022

Monsieur Stéphane Girard, Conseil multidisciplinaire (CM)

Monsieur Claude Himbeault, Comité des usagers (CUCI)

#### Membre nommé :

Madame France Capuano, milieu de l'enseignement. Départ le 18 octobre 2022 - Siègne vacant

#### Membres indépendants :

Madame Geneviève Grégoire, expertise en protection de la jeunesse

Monsieur Mario St-Cyr, compétence en gouvernance ou éthique, président du conseil d'administration. Départ le 24 septembre 2022 - Siègne vacant

Monsieur Paul St-Onge, expertise en santé mentale, vice-président du conseil d'administration et nommé président du conseil d'administration en date du 24 septembre 2022

Monsieur Gaëtan Boucher, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux

Madame Lise Lord, expérience en réadaptation

Monsieur Steve Morin, compétences en ressources immobilières, informationnelles et humaines

Monsieur Claude Paul-Hus, compétence en gestion des risques, finances et comptabilité. Nommé vice-président du conseil d'administration le 19 décembre 2022

#### Membre d'office :

Monsieur Bruno Petrucci, président-directeur général du CISSS de la Montérégie-Est

Siègnes vacants en attente d'être comblés :  
Compétence en gouvernance et éthique (Profil 1) – Vacant depuis le 24 septembre 2022

Compétences en vérification, performance ou gestion de la qualité (Profil 4, représentant de la communauté anglophone) – Vacant depuis septembre 2018

Expertise dans les organismes communautaires (Profil 5) – Vacant depuis le 15 mars 2021

Représentant nommé par les fondations de l'établissement – Vacant depuis décembre 2018

Membres désignés par le DRMG – Vacant depuis le 11 novembre 2022

Membre nommé provenant du milieu de l'enseignement – Vacant depuis le 18 octobre 2022

Aucune plainte en déontologie n'a été traitée par les membres du Conseil d'administration au cours de l'année 2022-2023.

Le code d'éthique et de déontologie se trouve en annexe du présent rapport annuel de gestion 2022-2023.

## Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Au cours de l'année 2022-2023, le comité exécutif s'est réuni à sept reprises pour des réunions régulières et à une reprise en assemblée générale du CMDP. Le taux de participation à ces assemblées a été jugé très satisfaisant.

Nos priorités d'actions ont été guidées en fonction de la situation postpandémique tout au long de l'année. Beaucoup de travaux ont eu lieu, notamment concernant :

- La consultation et la tenue d'information de divers dossiers stratégiques de l'établissement, dont certains ayant conduit à la formation d'avis, d'appuis ou de recommandations au conseil d'administration;
- La révision des règlements de régie interne;
- La mise à jour et le suivi de plusieurs dossiers de plaintes;
- La reprise des activités des comités essentiels et obligatoires.

Le comité exécutif du CMDP a procédé aux travaux réguliers dont il est responsable, tels :

- Recommander au conseil d'administration de procéder à la nomination des membres (70);
- Recommander au conseil d'administration de procéder au renouvellement de la nomination des membres (299) ainsi que 29 non-renouvellements;

- Recommander au conseil d'administration d'accepter les demandes de modification à la nomination de membres (36);
- Procéder à l'octroi de congés de service aux membres (65);
- Prendre acte des départs de membres (54);
- Approuver l'harmonisation de médicaments et de substitutions automatiques de classes pharmaceutiques;
- Approuver l'ajout de médicaments au formulaire du CISSS de la Montérégie-Est;
- Approuver les ordonnances collectives, individuelles standardisées, préétablies et préimprimées médicales et pharmaceutiques;
- Approuver les protocoles médicaux;
- Approuver les règles d'utilisation des médicaments;
- Étudier les états financiers de l'année 2022, adopter le budget prévisionnel pour l'année 2023 et déterminer la répartition budgétaire dans les CMDP locaux.

## Membres du comité exécutif du CMDP

### Représentants du RLS Pierre-Boucher :

Docteur Frédéric Desjardins, radiologiste

(2<sup>e</sup> vice-président et trésorier)

Docteur Marc-André Pearson, hématologue-oncologue

Docteure Belinda Go, interniste (jusqu'en décembre 2022)

Docteur Daniel Soliman, interniste et intensiviste (depuis janvier 2023)

### Représentants du RLS Pierre-De Saurel

Docteure Mylène Côté, omnipraticienne (présidente jusqu'en décembre 2022)

Docteure Marie-Josée Arsenault, omnipraticienne

Docteur Antoine Hejeily, urologue

### Représentants du RLS Richelieu-Yamaska

Docteur Jocelyn Brunet, omnipraticien (vice-président et président depuis janvier 2023)

Monsieur Luc Lafantaisie, pharmacien (secrétaire)

Docteur Karl Blackburn, cardiologue

### Membres d'office

Docteur André Simard, directeur des services professionnels

Monsieur Bruno Petrucci, président-directeur général

## Conseil des infirmières et infirmiers

L'année 2022-2023 fut pour le Conseil des infirmières et infirmiers (CII), l'année de la reprise. Le Comité exécutif du CII a repris ses rencontres de façon régulière et a débuté la réactivation des sous-comités qui n'ont pu avoir d'activités avec les dernières années de pandémie.

Le comité IPS a également vu le jour dans la dernière année selon le mandat confié à l'Assemblée générale annuelle de 2022.

Au cours de l'année 2022-2023, le Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) a tenu une assemblée générale, dix rencontres officielles et dix ateliers de travail. L'ensemble des rencontres était accessible virtuellement, mais les membres ont aussi eu l'opportunité de se rencontrer en présentiel lorsque les ateliers et rencontres coïncidaient avec une visite d'un des établissements.

Plusieurs documents d'encadrement ont été soumis au CECII à des fins de consultation, d'avis et de recommandations.

## Politiques et procédures

PRO-11SPSS-112

Vérification sécuritaire et saisie des effets personnels au service d'urgence – clientèle adulte

POL-11SPSS-022

Vérification sécuritaire et saisie des effets personnels – clientèle adulte

PRO-11SPSS-114

Planification congé de l'urgence – clientèle adulte présentant un problème de santé mentale

## Lettres d'appui

Avis clinique DSI Sécurité des soins;

Avis clinique DSI Congé pour études pour les IPS.

## Recommandations

Formation pour tous pour une prestation de soins de qualité;

Proximité des ressources-conseils afin d'augmenter la qualité et la sécurité des soins.

## Autres actions

Plusieurs autres actions nous ont permis de faciliter les contacts et les communications avec nos membres, en voici quelques exemples :

- Tournée des établissements par les membres du CECII;
- Nouvelle identité visuelle CECII;
- Section pour le CII-CIIA sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Est;
- Diffusion de nouvelles, de formations et d'actualités sur la page Facebook du CII;
- Sondage sur l'opinion de nos membres quant à la qualité des soins et à la formation.

Nous avons également participé à des consultations sur les sujets suivants :

- Programme pour les préposés aux bénéficiaires boursiers en CHSLD;
- Règle de soin nationale – Formation des aides-soignants.

Les membres du CECII ont participé à plusieurs activités :

- Deux comités permanents du CISSS de la Montérégie-Est;
- Activités et AGA de l'Association des Conseils des Infirmières et Infirmiers du Québec (ACIQ);
- Activités et AGA de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie (ORIIM).

## Membres du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers

Exécutif :

Présidente :

Madame Marie-Ève Choronzey, infirmière clinicienne, conseillère en amélioration continue de la qualité et coordonnatrice du Centre médical Longueuil.

Vice-présidente :

Madame Véronique St-Arnaud, conseillère cadre en soins infirmiers, intégration et encadrement de la relève

Conseiller :

Monsieur Martin Gaudette, infirmier clinicien, adjoint au directeur des soins critiques et de la coordination des activités hospitalières

Trésorière :

Madame Maryse Archambault, infirmière clinicienne, chef d'administration de programmes projet Guichet d'accès à la première ligne (GAP)

Secrétaire :

Madame Marie-Josée Proulx, directrice des soins infirmiers

Officiers :

Madame Hélène Laplante, assistante du supérieur immédiat, infirmière clinicienne aux soins intensifs, Hôpital Pierre-Boucher

Madame Stéphanie Langevin, infirmière et conseillère en soins infirmiers à l'amélioration des pratiques en santé mentale, Direction des programmes santé mentale et dépendance

Madame Catherine Ricci, infirmière et conseillère cadre en soins spécialisés, périnatalité-pédiatrie-jeunesse (démission en janvier 2023)

Madame Claudie Beauséjour, infirmière praticienne spécialisée (IPS) en GMF (coopté 23 février 2022)

Madame Stéphanie Tellier-Laramée, conseillère en soins infirmiers à la Direction des soins infirmiers

Madame Caroline Brodeur, présidente du CIIA,

infirmière auxiliaire, unité de médecine 7<sup>e</sup> étage, Hôpital Honoré-Mercier

Membre d'office :

Monsieur Bruno Petrucci, président-directeur général du CISSS de la Montérégie-Est

Invités permanents :

Madame Julie Parent, coordonnatrice du programme des soins infirmiers, Cégep Édouard-Montpetit

Monsieur Martin St-Pierre, directeur adjoint, École professionnelle de Saint-Hyacinthe

Madame Marianik Boulard, professeure praticienne en sciences de la santé de niveau 2 à l'École des sciences infirmières et directrice du microprogramme d'intervention clinique en pleine conscience et représentante de l'Université de Sherbrooke – Campus de Longueuil

Observateurs

Madame Marie-France Devost, conseillère en communication et soutien à la création du comité de communications (invitée par mandat)

Madame Julie Darveau, directrice adjointe des soins infirmiers – Volet pratiques professionnelles (invitée par mandat, démission en novembre 2022)

## Conseil multidisciplinaire

Durant la dernière année, l'exécutif du Conseil multidisciplinaire (CM) s'est réuni à huit reprises. Le comité exécutif (CÉCM) réalise simultanément son AGA et une activité professionnelle qui se sont déroulées le 2 juin 2022.

Le comité exécutif pilote cinq comités, soit le comité des communications, le comité activité professionnelle, le comité pour la révision des règlements de régie interne, le comité pour la révision du cadre de référence des comités de pairs et le comité vision. Chacun des comités est composé d'environ quatre membres de l'exécutif et s'est réuni de quatre à cinq reprises.

Dans le cadre de ses rencontres, l'exécutif a été consulté sur les dossiers suivants, notamment :

- Suivi d'un rapport du coroner;
- Déclaration des accidents et incidents associés à une prestation de soins et de services;
- Divulgence de l'information à un usager à la suite d'un accident – mesures de soutien et de prévention;
- Sécurité des usagers;
- Gestion intégrée des risques;
- Modalités pour rendre hommage aux employés et aux médecins ayant eu une carrière et une contribution exceptionnelle.

De plus, lors de ses rencontres, l'exécutif a reçu divers responsables afin de présenter les dossiers suivants, notamment :

- Curateur public;
- Parcours intégratif du développement des compétences (PIDC);
- Projet d'optimisation de la trajectoire relative au processus d'aide médical à mourir;
- Guide d'orientation et plan clinique pour le projet MDA/MA.

Le Conseil multidisciplinaire du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est compte approximativement 3 900 professionnels.

## Membres du comité exécutif du Conseil multidisciplinaire

Officiers :

Président :

Monsieur Stéphane Girard, criminologue et APPR

Vice-président :

Monsieur Éric Normandeau, physiothérapeute

Secrétaire :

Madame Charlie Fournier, technologue en physiothérapie

Trésorière :

Madame Marie-Michèle Thibault-Savary, travailleuse sociale et spécialiste en activités cliniques

Responsable des communications :

Madame Nadia Gaucher, ergothérapeute

Membres :

Madame Francesca Yargeau, travailleuse sociale – SAC

Monsieur Nicholas Dumont, éducateur

Madame Mélanie Labre-Fournier, ergothérapeute

Madame Josiane Fontaine, éducatrice spécialisée

Madame Nancy Rouillard, orthophoniste

Madame Myriam F. Dansereau, ergothérapeute

Membres d'office :

Monsieur Bruno Petrucci, président-directeur général

Madame Caroline Loranger, directrice des services multidisciplinaires

Madame Nathalie Lemire, directrice adjointe des services multidisciplinaires – Volet des services hospitaliers et des pratiques professionnelles

Membre dont le mandat s'est terminé à la suite d'une démission pendant l'année 2022-2023 :

Madame Nathalie Couroux, physiothérapeute

Monsieur Stéphane Giard, criminologue et APPR

À la rencontre du 15 mars dernier, le CECM a souligné avec un moment festif les 15 années d'implication de Stéphane Girard au CECM.

Réalisation et rayonnement

- Adoption de la vision 2023-2026;
- Nouveau logo et visuel s'arrimant avec les couleurs de la Direction des services multidisciplinaires au sein de notre établissement;
- Modification des règlements de régie interne;
- Mise à jour du cadre de référence sur les comités de pairs;
- Achat et distribution d'objets promotionnels;
- Organisation de l'assemblée annuelle et activités professionnelles;
- Organisation d'une journée de formation conjointement avec les deux autres CISSS de la Montérégie.

## Conseil consultatif du personnel paraprofessionnel

Durant la dernière année, l'exécutif du CCPP a travaillé à la restructuration du comité, à une nouvelle image et à une offre de service afin de pouvoir rencontrer les directions et présenter les travaux du comité, son mandat, ses réalisations et son plan d'action dans la prochaine année.

La planification d'une assemblée générale annuelle, suivie d'un atelier et d'une conférence est également en cours et se déroulera dans la prochaine année.

## Membres du comité exécutif du Conseil consultatif du personnel paraprofessionnel

Présidente :

Madame Dalila Boumaïza, chef de service, archives et accueil, programme jeunesse, région Est, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Longueuil)

Vice-présidente :

Madame Rachel Domingue, auxiliaire familiale et sociale, SAPA, soutien à domicile, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées

Secrétaire :

Madame Chantal Ayotte, agente administrative, archives et accueil, programme jeunesse, région Est, équipe soutien à distance, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, Centre de services psychosociaux Sorel

Trésorière :

Geneviève Bélisle, agente administrative, service aide-technique Richelieu-Yamaska à l'unité du Verger, Direction de la logistique, Centre administratif Gauthier

## Officiers :

Depuis peu, cinq postes vacants d'officiers à combler par cooptation en attendant les élections.

## Membre d'office :

Monsieur Alexandre Racine, directeur de la logistique et directeur général adjoint soutien, administration et performance par intérim

## Comité des usagers

Les membres du comité se sont réunis à sept reprises en séances régulières. Il n'y a eu aucune séance spéciale. Le Président a tenu 13 rencontres statutaires avec la coordonnatrice du CUCI pour le suivi des activités et des projets du comité et cinq avec le répondant de l'établissement. Il a participé à sept séances ordinaires du Conseil d'administration du CISSS et à deux séances extraordinaires, six rencontres du comité de vigilance et de la qualité, ainsi qu'à trois rencontres événementielles. Il a de plus assisté avec les membres du CA à deux ateliers de travail sur le plan de transformation de l'établissement.

Pour la première fois, une rencontre s'est tenue entre les présidents des comités d'usagers des trois réseaux locaux, les gestionnaires responsables de site en CHSLD et l'équipe des gestionnaires SAPA, afin de présenter et promouvoir le mandat des comités d'usagers.

Comme permis par le MSSS à l'exercice financier 2021-2022, la somme résiduelle de 2 877 \$ a été reportée et affectée aux autres comités, de même pour le montant résiduel de 4 054 \$ pour le présent exercice financier 2022-2023.

Considérant l'accalmie de la pandémie, les activités au sein des différents comités ont pu reprendre leur rythme.

Les cinq enjeux prioritaires déposés en 2020-2021 ayant été maintenus pour 2021-2022 ont été à nouveau maintenus soit :

- Recrutement de nouveaux membres;
- Satisfaction des soins et des services à l'urgence;
- Localisation des bureaux des comités de résidents et des comités des usagers;
- Mise aux normes des équipes informatiques et technologiques des comités (CUC & CR);
- Traçabilité et entretien des vêtements en CHSLD.

Quatre nouveaux enjeux ont été déterminés soit :

- Dédoublage des chambres en CHSLD;
- Phase 2 - sondage sur les urgences;

- Temps complet pour les agents de liaison des CUC;
- Sondage sur le transport adapté.

La coordonnatrice du CUCI a quitté son poste en décembre, après six années de service. Sa remplaçante est officiellement entrée en fonction en mars 2023.

## Les officiers du comité des usagers du centre intégré

### Président :

Monsieur Claude Himbeault, Pierre-De Saurel

### Vice-présidente :

Madame Ghislaine Cournoyer, Pierre-Boucher

### Secrétaire :

Madame Lucie Tétreault, Richelieu-Yamaska

### Trésorière :

Madame Lucie Harbec, Centre jeunesse de la Montérégie

### Membres réguliers :

Madame Nicole Marchand, Pierre-Boucher

Madame Chantal Provost, Pierre-Boucher

Monsieur André Louis-Seize, Pierre-Boucher

Madame Hélène Paris, Pierre-De Saurel

Monsieur Alain Faucher, Pierre-De Saurel

Monsieur Jean Morvan, Pierre-De Saurel

Madame Rosetta Bruno, Richelieu-Yamaska

Madame Josée Dubé, Richelieu-Yamaska

Madame Jeannine Mailloux, Centre jeunesse de la Montérégie

Monsieur Guy Dufresne, Centre jeunesse de la Montérégie

### Membres observateurs :

Madame Marie-Hélène Apollon, Centre jeunesse de la Montérégie

Madame Carole Guévin, Pierre-De Saurel

## Comité d'audit

Le comité de vérification s'est réuni à cinq reprises au cours de l'année financière 2022-2023. Dans le cadre de son mandat, le comité d'audit s'assure de la bonne gestion financière de l'établissement. À cet effet, les membres du comité ont reçu les informations des statistiques à diverses périodes financières en plus de suivre l'évolution des résultats de certains indicateurs de gestion pour l'année 2022-2023. Différents rapports ont également été déposés au comité afin que les membres du comité puissent attester du respect des lois, règles, règlements et politiques dans la gestion des activités de la Direction des ressources financières.

## Composition

Composé d'un minimum de cinq membres, dont une majorité de membres indépendants, et doit être

présidé par un membre indépendant. Au moins un des membres du comité doit avoir une compétence en matière comptable ou financière. Les membres de ce comité ne doivent pas être à l'emploi de l'établissement ou y exercer leur profession.

## Responsabilités

Le comité d'audit doit, notamment :

1. S'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
2. 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;
3. Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
4. Examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
5. Recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
6. Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
7. 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;
8. Réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS);
9. Examiner pour recommandation le plan de délégation de signatures établi en fonction des risques de l'établissement avant son approbation par le conseil d'administration;
10. Assurer le respect du plan de délégation de signatures;
11. Examiner la liste des contrats et des engagements de 100 K\$ et plus.

### Qualification requise et personne en poste

#### Administrateur indépendant

Madame Geneviève Grégoire

#### Administrateur indépendant

Monsieur Gaëtan Boucher

#### Administrateur indépendant avec compétence comptable ou financière, président du comité d'audit et vice-président du conseil d'administration depuis le 19 décembre 2022

Monsieur Claude Paul-Hus

#### Administrateur indépendant et président du conseil d'administration depuis le 24 septembre 2022

Monsieur Paul St-Onge (arrivé au comité le 3 mars 2023)

#### Siège vacant

Directrice des ressources financières – invitée au comité

Madame Marie-Christine Paradis

### Président-directeur général - invité au comité

Monsieur Bruno Petrucci

### Membres ayant quitté en cours d'année

#### Administrateur indépendant, président du conseil d'administration

Monsieur Mario St-Cyr (départ le 24 septembre 2022)

#### Administrateur nommé par le milieu de l'enseignement

Madame France Capuano (départ le 18 octobre 2022)

## Comité de gestion des risques (CGR)

Le comité de gestion des risques est créé conformément à la Loi sur les services de santé et des services sociaux, article 209.

En conformité avec le règlement du comité de gestion des risques du CISSS de la Montérégie-Est, le comité s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2022-2023. Vous trouverez ci-joint la liste des membres et celle des personnes qui ont quitté durant l'année.

### Membres du comité de gestion des risques du CISSS de la Montérégie-Est

Madame Chantal Provost, désignée pour le comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Poste vacant, désigné pour le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Madame Maryse Archambault, désignée pour le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) (membre depuis novembre 2022)

Monsieur Stéphane Girard, désigné pour le Conseil multidisciplinaire (CM)

Madame Rachel Domingue, désignée pour le Conseil consultatif personnel paraprofessionnel (CCPP) (membre depuis juin 2022)

Monsieur Martin Soulières, désigné selon l'article 108 de la LSSSS (membre depuis octobre 2022)

Monsieur Charles Beauchesne, désigné pour la Direction des soins infirmiers (membre depuis juillet 2022)

Madame Isabelle Bonneau, désignée pour la Direction des services multidisciplinaires (membre depuis décembre 2022)

Madame Myriam Fagnant, désignée pour la prévention des infections

Madame Nancy Tremblay, désignée pour la Direction des services professionnels (membre depuis décembre 2022)

Madame Josée Blanchette, désignée pour la Direction des programmes santé mentale et dépendance

Madame Nadia Lambert, désignée pour la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (membre depuis septembre 2022)

Madame Chantal Laverdure, désignée pour la Direction de la protection de la jeunesse  
Madame Nadine Gallant, désignée pour la Direction du programme jeunesse, présidente du comité  
Madame Karine Massé, désignée pour la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique  
Monsieur André Laverdière, désigné pour la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques  
Madame Hassiba Hihat, désignée pour la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique et secrétaire du comité  
Madame Nathalie Pierre-Antoine, désignée pour la gestion des risques  
Monsieur Albert Jeannotte, désigné pour la Direction des services techniques  
Madame Vicky Lavoie, désignée pour le Bureau du président-directeur général (membre depuis décembre 2022)  
Monsieur Martin Gaudette, désigné pour la Direction des soins critiques et coordination des activités hospitalières  
Madame Stéphanie Vaillancourt, désignée pour la Direction adjointe des soins infirmiers  
Madame Diem Vo, désignée pour la Direction des services multidisciplinaires (pharmacie) et vice-présidente du comité

### Invités

Monsieur Simon Cardin, conseiller cadre à la gestion intégrée de la qualité  
Madame Cynthia Duguay, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité  
Madame Mireille Samson, conseillère cadre à la gestion intégrée de la qualité  
Monsieur Bernard Lachance, conseiller cadre à la Direction adjointe de l'expérience client, de la qualité et de l'éthique

### Membres qui ont quitté le comité pour fins de mandat :

Madame Olga Lascova, désignée pour le Conseil exécutif des infirmières et infirmiers (CECII)  
Madame Martine Laplante, désignée pour le Conseil consultatif du personnel paraprofessionnel (CCPP)  
Monsieur Ive-Étienne Gélinas, désigné selon l'article 108 de la LSSSS  
Madame Marie-Claude Asselin, désignée pour la Direction des soins infirmiers  
Monsieur Charles Beauchesne, désigné pour la Direction des soins infirmiers  
Madame Julie Ste-Marie, désignée pour la Direction des services multidisciplinaires

Madame Sylvie Paradis, désignée pour la Direction des services professionnels  
Madame Danielle Cayer, désignée pour la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées  
Madame Pascale Larocque, désignée pour le Bureau du président-directeur général.

Au cours de l'année, plusieurs rapports ont été soumis au comité de gestion des risques lors de ses rencontres, dont le rapport sur la sécurité des usagers qui fait état du nombre de déclarations d'incidents et d'accidents, le rapport sur le suivi des événements sentinelles ainsi que celui portant sur le suivi des recommandations du coroner. De plus, le comité reçoit aussi des rapports du comité de prévention et de contrôle des infections.

## Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2022-2023. Dans le cadre de son mandat, le comité de gouvernance et d'éthique a traité plusieurs sujets, dont la formation continue pour les membres du conseil d'administration, le suivi des résultats au Plan annuel 2022-2023 du CISSS, la révision de certaines politiques-cadres et fait des propositions pour l'amélioration du déroulement des séances du CA ainsi que des sujets à y être traités.

Le comité a également procédé à la démarche d'évaluation de la gouvernance du conseil d'administration et de ses comités.

### Composition

Ce comité est composé d'un minimum de cinq membres dont une majorité de membres indépendants. Il doit être présidé par un membre indépendant (art. 181, LSSSS). Le président-directeur général est membre d'office de ce comité.

### Responsabilités

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la LSSSS.

De façon plus spécifique, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

1. Des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
2. 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) et d'en assurer l'application;
3. Des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;

4. Un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
5. En outre, il doit 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).

### Qualification requise et personne en poste

#### Président-directeur général (membre d'office du comité)

Monsieur Bruno Petrucci

#### Administrateur désigné par le Conseil multidisciplinaire (CM)

Monsieur Stéphane Girard

#### Administrateur indépendant, président du comité et président du CA depuis le 24 septembre 2022

Monsieur Paul St-Onge

#### Administrateur indépendant

Monsieur Gaëtan Boucher

#### Administrateur indépendant

Madame Geneviève Grégoire

#### Administrateur indépendant, et vice-président du CA depuis le 19 décembre 2022

Monsieur Claude Paul-Hus

## Comité de vigilance et de la qualité

- En 2022-2023, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à six reprises. En conformité avec son mandat, le comité a reçu entre autres les rapports suivants : les plans d'amélioration et les redditions de comptes relatives aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), aux ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF) en suivi des visites ministérielles;
- Les rapports des visites des CHSLD privés de notre territoire;
- Les rapports de visites d'inspection professionnelle ainsi que les plans d'action qui en découlent;
- Les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers;
- Les tableaux de bord des événements sentinelles, des rapports du coroner et du suivi des recommandations;
- Les rapports sur les indicateurs de gestion des risques en hébergement pour la jeunesse;
- Les rapports liés à la Commission des droits de la personne et de la jeunesse;
- Le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Les recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen;
- Le rapport annuel du comité de gestion des risques (CGR);

- Le rapport annuel en prévention et contrôle des infections (PCI).

### Composition

Ce comité se compose de cinq personnes, dont le président-directeur général et le commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les trois autres personnes sont choisies par le conseil d'administration parmi ceux de ses membres qui ne travaillent pas pour l'établissement ou n'exercent pas leur profession dans l'une des installations exploitées par l'établissement. En outre, l'une de ces trois personnes choisies par le conseil d'administration doit être la personne désignée par le comité des usagers des centres intégrés pour siéger au sein du conseil d'administration (art. 181.0.2, LSSSS).

### Mandat

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

### Responsabilités

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

1. Recevoir et analyser les rapports et 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;
2. Favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
3. Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
4. Faire 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;
5. Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
6. 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;

7. Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

### Qualification requise et présentement en poste **Président-directeur général (membre d'office du comité)**

Monsieur Bruno Petrucci

### **Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (membre d'office du comité)**

Madame Nathalie Deschênes

### **Administrateur désigné par le comité des usagers**

Monsieur Claude Himbeault

### **Administrateur indépendant, présidente du comité**

Madame Lise Lord

### **Siège vacant**

### **Directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (invité au comité)**

Monsieur Julien Girard

## Comité des immobilisations

**Le comité des immobilisations est un comité facultatif, non exigé par la loi, mis sur pied sur décision de l'établissement**

Le comité des immobilisations s'est réuni à trois reprises au cours de l'année financière 2022-2023. Dans le cadre de son mandat, le comité des immobilisations s'assure que l'établissement planifie son développement immobilier, à moyen et long terme, en consultation avec l'ensemble des directions du CISSS de la Montérégie-Est. Il tient compte du plan clinique de l'établissement, des besoins techniques (vétusté) et fonctionnels, actuels et futurs, de l'ensemble des installations de son parc immobilier, afin de permettre au CISSS de la Montérégie-Est de répondre de façon optimale aux besoins de sa clientèle.

### Composition

Ce comité est composé de six membres, soit cinq nommés par et parmi les membres du conseil d'administration (indépendants, nommés ou désignés), dont un est employé du CISSS. Le président-directeur général est membre d'office du comité. Selon les sujets à traiter, d'autres personnes peuvent être invitées à participer au comité.

### Responsabilités

Le comité des immobilisations exerce les fonctions suivantes :

1. Effectuer le suivi de la réalisation, à toutes ses phases, des grands projets immobiliers du CISSS de la Montérégie-Est. Il s'assure :

- a. que leur réalisation est conforme au cadre budgétaire établi;
  - b. qu'ils sont conformes à la qualité visée et selon l'échéancier tel que planifié.
2. Les membres du comité voient à ce que les processus de gestion des risques soient appliqués :
    - a. sécurité des usagers et des personnes dans l'organisation;
    - b. réalisation de la mission et conduite des affaires de l'établissement.
  3. Les membres du comité contribuent à l'identification des stratégies pour améliorer la planification et le suivi des grands projets immobiliers, dans l'objectif d'atteindre de meilleurs résultats.
  4. Exercer tout autre pouvoir et fonction que lui délègue, par résolution, le conseil d'administration.

### Qualification requise et personne en poste **Président-directeur général (membre d'office)**

Monsieur Bruno Petrucci

### **Administrateur indépendant, nommé président du comité le 7 novembre 2022**

Monsieur Gaëtan Boucher

### **Administrateur désigné par le Conseil multidisciplinaire (CM) et employé du CISSS de la Montérégie-Est**

Monsieur Stéphane Girard

### **Administrateur désigné par le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) employé du CISSS de la Montérégie-Est**

Madame Diem Vo

### **Siège vacant**

### **Siège vacant**

### **Directeur des services techniques – invité au comité**

Monsieur Daniel Fillion

### **Directrice des ressources financières – invitée au comité**

Madame Marie-Christine Paradis

### Départs en cours d'année

### **Administrateur indépendant, président du conseil d'administration et président du comité**

Monsieur Mario St-Cyr (départ le 24 septembre 2022)

### **Administrateur désigné par le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) employé du CISSS de la Montérégie-Est**

Monsieur Martin Gaudette (départ le 10 novembre 2023)

## Comité des ressources humaines

**Le comité des ressources humaines est un comité facultatif, non exigé par la loi, mis sur pied sur décision de l'établissement.**

En 2022-2023, le comité des ressources humaines s'est réuni à quatre reprises. En conformité avec son mandat, le comité des ressources humaines a traité différents dossiers, dont les principaux concernaient la présence au travail, les négociations locales, la formation continue, les activités de reconnaissance et la santé au travail, la

pénurie de main-d'œuvre, l'attraction et la rétention du personnel.

### Composition

Le conseil d'administration institue en vertu du présent règlement un comité des ressources humaines. Ce comité est composé de sept membres, soit cinq nommés par et parmi les membres du conseil d'administration, dont deux sont des employés du CISSS ainsi que du président-directeur général et du directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

### Mandat

Le mandat du comité est d'assurer la participation, la mobilisation, la motivation, la valorisation, le maintien des compétences, le développement, l'utilisation efficiente des ressources humaines de l'établissement ainsi qu'adopter des stratégies d'amélioration de la qualité de vie au travail. De plus, le comité doit s'assurer que les ressources humaines soient réparties en quantité et en qualité suffisantes pour toutes les missions de l'organisation dans une perspective de qualité et sécurité de la prestation de soins et services et de continuité des services.

### Responsabilités

Le comité des ressources humaines exerce les fonctions suivantes :

1. Proposer au conseil d'administration la philosophie et les orientations de gestion des ressources humaines et y exercer le suivi approprié;
2. Recommander au conseil d'administration le plan de développement des ressources humaines, en assurer le suivi et faire un rapport périodiquement au conseil d'administration;
3. Adopter la stratégie annuelle de mobilisation, de valorisation des ressources humaines et celles visant l'amélioration de la qualité de vie au travail, en assurer le suivi et faire un rapport périodiquement au conseil d'administration;
4. Assurer un suivi de l'ensemble des activités et des plans d'action reliés à la planification de la main-d'œuvre;
5. S'assurer de la disponibilité et de la diffusion d'un code d'éthique expliquant les pratiques et conduites attendues du personnel à l'endroit de la clientèle;
6. Effectuer le suivi des indicateurs de l'entente de gestion liés à la gestion des ressources humaines, assurer le suivi du plan d'action et en faire rapport périodiquement au conseil d'administration;
7. Recommander au conseil d'administration l'adoption des politiques en matière de ressources humaines devant l'être notamment les politiques

relatives aux conditions de travail des cadres et hors cadres de l'établissement, la politique en matière de civilité et de prévention du harcèlement, et en assurer le suivi;

8. Exercer tout autre pouvoir et fonction que lui délègue, par résolution, le conseil d'administration.

### Qualification requise et personne en poste **Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (membre d'office du comité)**

Monsieur Éric Richard (arrivé en septembre 2022)

### **Président-directeur général (membre d'office du comité)**

Monsieur Bruno Petrucci

### **Administrateur indépendant – Membre avec compétences en ressources immobilières, informationnelles ou humaines, président du comité des ressources humaines**

Monsieur Steve Morin

### **Administrateur désigné par le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) et employée du CISSS de la Montérégie-Est**

Madame Diem Vo

### **Administrateur désigné par le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) et employée du CISSS de la Montérégie-Est**

Madame Marie-Eve Choronzey (arrivée le 24 janvier 2023)

### **Administrateur indépendant**

Madame Geneviève Grégoire (arrivée au comité le 24 janvier 2023)

### **Administrateur indépendant, et président du conseil d'administration depuis le 24 septembre 2023**

Monsieur Paul St-Onge

### Départs en cours d'année

### **Administrateur désigné par le département régional de médecine générale (DRMG)**

Docteur Robert Duranceau (départ le 10 novembre 2022)

### **Administrateur désigné par le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) employé du CISSS de la Montérégie-Est**

Monsieur Martin Gaudette (départ le 10 novembre 2022)

### **Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (membre d'office du comité)**

Madame Vicky Lavoie

## Les faits saillants

### Nos grands projets

#### Le projet d'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Boucher se poursuit

Le dossier du projet d'agrandissement a progressé rondement au cours de la dernière année. En collaboration avec les partenaires que sont la Société québécoise des infrastructures et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le dossier d'opportunité, pour une première phase du projet, a été complété en vue de son dépôt au Conseil des ministres. La planification avec les professionnels, architectes et ingénieurs pour la production des plans préliminaires devrait se réaliser durant la prochaine année.

La première phase de cet important investissement immobilier offrira à la clientèle de l'Hôpital Pierre-Boucher une toute nouvelle urgence de plus grande capacité et à la fine pointe des tendances, une nouvelle unité d'hospitalisation brève et des espaces polyvalents destinés aux cliniques externes et aux unités de soutien.

#### La construction des maisons des aînés entame son dernier droit

Amorcés depuis 2021, les travaux de construction sur les maisons des aînés de Beloeil et Saint-Amable se sont poursuivis toute l'année. L'accueil des employés et des usagers devrait se réaliser durant la prochaine année. À terme, ces deux maisons accueilleront 96 résidents à Beloeil et 72 résidents à Saint-Amable.

En juin 2022, le coup d'envoi a été donné pour la construction de la Maison des aînés et alternative de Longueuil. Celle-ci sera située sur le terrain de l'Hôpital Pierre-Boucher, à proximité du Centre d'hébergement du Manoir-Trinité. Elle permettra d'accueillir 72 résidents, dont 48 places réservées aux aînés et 24 places aux adultes ayant des besoins particuliers.

**96 résidents MDA Beloeil**

**72 résidents MDA Saint-Amable**

**72 résidents MDAA Longueuil**



#### Le Centre régional spécialisé pédiatrique : un an, ça se fête en grand!

Le Centre régional spécialisé pédiatrique de l'Hôpital Pierre-Boucher se démarque depuis plus d'un an par son offre de service spécialisé en pédiatrie et périnatalité pour les familles de la Montérégie. En chiffres, ce sont :

- Plus de 6 600 visites dans la dizaine de cliniques du Centre régional spécialisé pédiatrique!
- L'ouverture de trois nouvelles cliniques :
  - La clinique d'allaitement spécialisée;
  - La clinique Odysée pour les enfants vivant avec un embonpoint ou ayant des problèmes d'obésité associés à des comorbidités;
  - La clinique d'asthme.

**6 600 visites**

#### Modernisation de l'Hôtel-Dieu de Sorel : il y a de l'action!

Alors que ce sont plus de 69 M\$ qui sont investis pour améliorer l'expérience-client et l'expérience-employé à l'Hôtel-Dieu de Sorel, les travaux se sont poursuivis tout au long de l'année.

En plus de l'avancement des travaux pour le nouvel appareil d'imagerie par résonance magnétique, la population de Sorel-Tracy bénéficie depuis 2022 de deux nouvelles stations d'hémodialyse, permettant l'accès aux traitements à 78 usagers annuellement plutôt que 66 auparavant.

### Expérience client

#### Centre d'expertise en maladies chroniques : un taux de satisfaction impressionnant!

Lancé en 2021, le Centre d'expertise en maladies chroniques a continué sa lancée avec ses trois volets développés, soit le programme de prévention et de réadaptation cardiométabolique, le programme de réadaptation pulmonaire et le centre d'éducation en asthme. À ce jour, les deux premiers programmes combinés atteignent un taux de satisfaction de 90,5 % pour les 430 usagers qui ont été suivis par le biais de rencontres individuelles et/ou de capsules d'enseignements et des séances d'entraînement supervisées!

**90,5 % taux de satisfaction**

**430 usagers suivis**

#### Lits de transition au Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe

Une unité de lits de transition temporaires a été aménagée à l'Unité du Parc du Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe. Entre le 23 janvier et le 14 avril, l'équipe a permis à plus d'une soixantaine d'usagers, provenant de l'Hôpital Pierre-Boucher et de l'Hôpital Honoré-Mercier qui ne requéraient plus de soins actifs, d'être accueillis dans un lieu adapté à leur besoin en attente de leur relocalisation.



L'ouverture de cette unité a été nécessaire afin de déployer tous les efforts pour soutenir la mission de santé physique. Ce projet de lits de transition, prévu dès le départ pour une durée de trois mois, a été possible grâce au travail de plus d'une centaine d'employés, de gestionnaires et de médecins qui ont travaillé sur l'unité et qui ont assuré le suivi des usagers.

## Le Guichet d'accès à la première ligne poursuit son déploiement

Les usagers sans médecin de famille ont enfin accès à des soins et services répondant à leurs besoins grâce au Guichet d'accès à la première ligne (GAP). Une équipe composée d'infirmières et d'agents administratifs répondent aux appels et évaluent les besoins des usagers pour les diriger vers le bon professionnel de la santé. En moyenne, nous recevons 1 350 appels par semaine et 104 000 patients sont inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille.

**1 350 appels/semaine**  
**104 000 patients inscrits**

## Usagers sans médecin de famille provenant du Guichet d'accès à la 1<sup>re</sup> ligne (GAP) consultés par les IPS et étudiants en soins infirmiers au Cégep Édouard-Montpetit

Une collaboration entre le Cégep Édouard-Montpetit et le CISSS a permis à ce que 172 usagers orphelins du territoire de Pierre-Boucher soient consultés et traités à la clinique de soins infirmiers du Cégep Édouard-Montpetit depuis le mois de juin 2022. En effet, cette clinique bénéficie de l'expertise de deux infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) et des étudiants en soins infirmiers encadrés par leurs professeurs infirmiers.

## En route vers un nouveau groupe de médecine familiale universitaire!

Le Centre médical Longueuil a ouvert ses portes cet automne dans le complexe modulaire situé à l'arrière de l'Hôpital Pierre-Boucher. Celui-ci offre des services médicaux à une clientèle orpheline de médecins de famille ou déjà suivis par les médecins du centre. Il est une première étape vers l'ouverture d'un nouveau groupe de médecine familiale universitaire affilié à l'Université de Montréal, dont l'ouverture est prévue en 2024.

## Un premier patient traité en hémodialyse aux soins intensifs de l'Hôpital Pierre-Boucher

Une bonne nouvelle en 2022 pour les patients de l'unité des soins intensifs de l'Hôpital Pierre-Boucher qui n'ont plus à se déplacer vers d'autres centres hospitaliers pour recevoir leurs traitements d'hémodialyse. L'équipe, nouvellement composée de néphrologues, offre maintenant ces traitements sur place.

## Ouverture du plateau de tri à l'Hôpital Honoré-Mercier

En 2022, nous avons multiplié nos initiatives pour réduire notre empreinte écologique avec l'ouverture du plateau de tri de papiers et de plastiques à l'Hôpital Honoré-Mercier. Ce projet déjà en place dans nos deux autres hôpitaux, s'inscrit dans notre démarche environnementale, tout en offrant la possibilité à des usagers vivant avec des troubles physiques, sociaux ou de santé mentale d'avoir accès à un milieu de travail normalisant. Depuis le début du projet, plus d'une quarantaine de personnes y ont participé.

## Poursuite du programme Ma famille, ma communauté

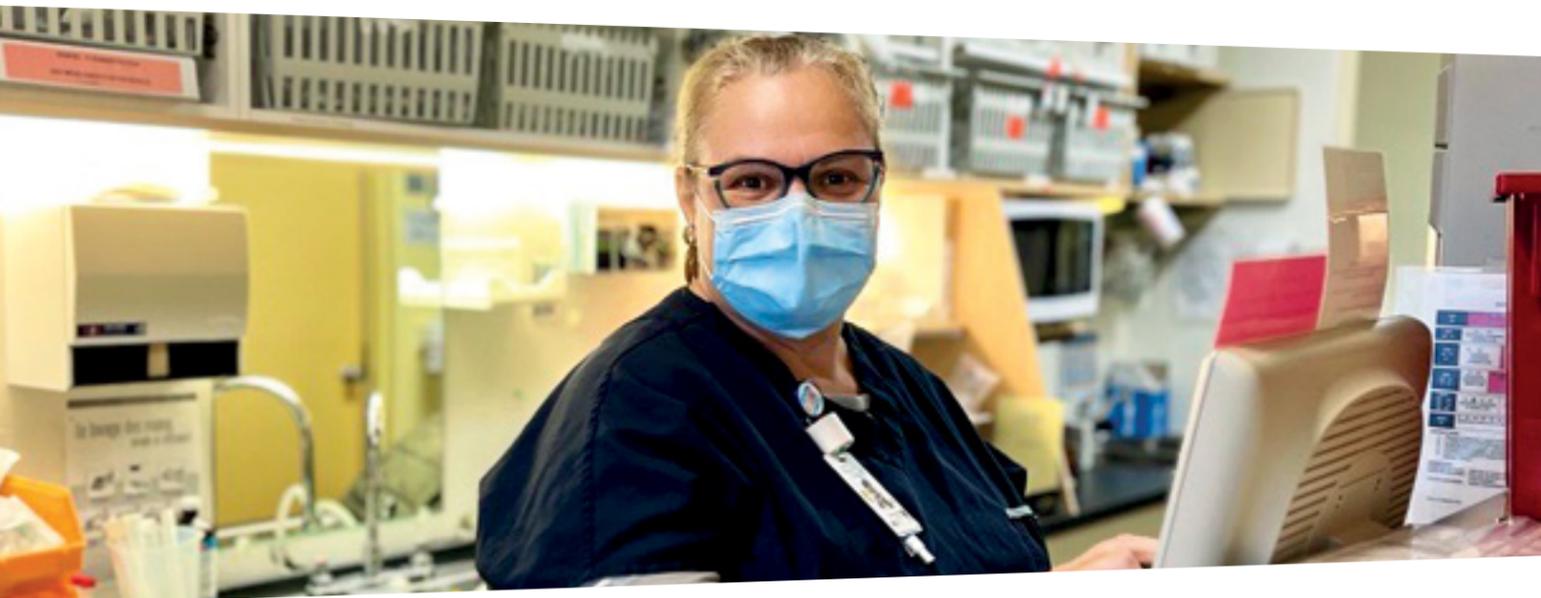
Le programme Ma famille, ma communauté a élargi ses services aux adolescents entre 13 et 17 ans et leur famille à Saint-Hubert. Ce qui signifie que les partenaires de la communauté allieront leurs efforts pour renforcer le tissu social autour de cette clientèle vivant une situation à risque de placement, de déplacement ou de retour à la maison.

Ma famille, ma communauté, lancé en 2019 à Saint-Hubert pour le service aux enfants de 0 à 12 ans, est un programme d'intervention qui mobilise les citoyens, les organismes et les établissements qui gravitent autour de la protection des enfants, comme les écoles ou les garderies, et les dirigeants politiques et économiques. Il vise à maintenir le plus possible les enfants vulnérables dans leur milieu de vie, à assurer leur sécurité, leur stabilité et à favoriser leur développement.

## Projet régional portant sur la trajectoire langage pour les enfants 0-5 ans (Agir tôt)

L'équipe de la clinique de développement de la petite enfance-Agir tôt du RLS Richelieu-Yamaska, en collabo-





ration avec l'équipe de déficience langage du CISSS de la Montérégie-Ouest, œuvrent à mettre en place une trajectoire intégrée de services en langage pour les enfants 0-5 ans référés pour des besoins langagiers. Le projet pilote effectué au RLS Richelieu-Yamaska, lancé en septembre 2022, a permis d'offrir un suivi à plus d'une cinquantaine d'enfants avec des rencontres de groupe ou des suivis individuels. Les travaux se poursuivront pour assurer un déploiement des meilleures pratiques identifiées pendant le projet dans toute la Montérégie.

## Clinique jeunesse : une nouvelle page Web

Une nouvelle page Web a été créée afin de connaître les services de la clinique jeunesse pour les jeunes de 12 à 24 ans. Cette page leur permet d'avoir accès à de l'information en ligne sur les méthodes de contraception et à une infirmière, en cas de besoin, dans une clinique jeunesse au CLSC. La clinique jeunesse est assurément l'alternative intéressante pour nos jeunes qui n'ont pas de médecin de famille et contribue à réduire l'achalandage aux urgences.

## Projet pilote à la DPJ : une baisse de plus de 30 % des dossiers d'enfants en attente

L'ambitieux projet pilote à l'évaluation et à l'orientation (ÉO) de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) de la Montérégie qui s'est tenu pendant 12 semaines a permis une baisse de près de 30 % des dossiers d'enfants en attente, passant de 686 enfants en attente en février à 476 en avril 2023. Au total, ce sont 104 intervenants et leurs gestionnaires qui ont participé au projet pilote.

Rappelons que plus de 820 enfants étaient sur les listes d'attente ÉO en janvier, moment où la DPJ a mis sur pied ce projet pilote afin de revoir les façons de faire dans le partage des tâches des intervenants des équipes ÉO pour que certains, sur une base volontaire, soient principalement assignés aux évaluations et d'autres aux dossiers à l'orientation.

## Le projet CIBI : une approche différente pour les jeunes et les familles en situation de crise

Mis sur pied au début de l'année 2021, le projet pilote de centres d'intervention brève et intensive (CIBI), dont l'objectif est de prévenir les placements ou les déplacements de jeunes, s'est poursuivi durant l'année. Ce projet consiste à offrir un service d'hébergement de courte durée (0 à 5 jours) suivi d'un accompagnement intensif de 30 jours dans le milieu de vie de l'enfant. Le CISSS de la Montérégie-Est compte actuellement deux CIBI sur son territoire : le Littoral qui accueille des enfants et L'Estuaire qui accueille une clientèle adolescente.

Depuis le lancement du projet en 2021, les CIBI ont reçu une centaine d'admissions chacun. Les demandes peuvent arriver des programmes Jeunes en difficulté (JED) ou de Crise-ado-famille-enfance (CAFE) par le biais de l'Accès jeunesse.

## Un accès à la médiation en Protection de la jeunesse

Depuis novembre 2022, la médiation est une option offerte à même les services de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) de la Montérégie afin de favoriser une plus grande participation des jeunes



et leurs familles dans la prise de décisions lors d'une intervention en protection de la jeunesse. Les familles admissibles bénéficient de cinq heures gratuites avec un médiateur familial, indépendant et accrédité par le ministère de la Justice du Québec, en plus d'une heure réservée à la rédaction du rapport lorsqu'il y a une entente.

## Des capsules pour outiller les nouveaux parents qui font du chemin

Les 11 capsules d'enseignement, développées par nos infirmières des centres mère-enfant, ont été vues à plus de 25 000 reprises dans la dernière année. Passant de la préparation à l'accouchement jusqu'à l'accueil de leur nouveau-né et des soins à lui donner, les capsules abordent plusieurs thèmes spécifiques pour préparer à l'arrivée d'un bébé.

Les capsules ont également remporté le prix régional pour la Montérégie du concours Innovation infirmière Banque Nationale 2022 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

**11 capsules d'enseignement**  
**25 000 visionnements**

## Aire ouverte RSL Pierre-De Saurel : c'est un départ!

Les services de la toute première Aire ouverte sur le territoire de la Montérégie-Est ont pris leur envol au mois d'août 2022 dans le RLS Pierre-De Saurel.

Développée dans une approche de coconstruction avec les partenaires de la communauté et les jeunes, l'offre de service permet de répondre aux besoins des jeunes de 12 à 25 ans du territoire. Santé sexuelle, santé mentale, problème de dépendance ou situation de vie difficile, les intervenants répondent à tous leurs besoins.

L'inauguration des locaux situés au centre-ville de Sorel-Tracy devrait avoir lieu en 2023.

## Campus de réadaptation jeunesse : une salle pour diminuer son anxiété

Le campus de réadaptation de Chambly a inauguré en novembre 2022 un tout nouvel espace pour permettre aux 160 garçons qui y sont hébergés de canaliser leurs émotions lorsqu'ils vivent des moments difficiles : la salle Synergie André-Roy. Cette salle permet à un jeune, accompagné de son intervenant ou de son ergothérapeute, de travailler sa décharge motrice pour diminuer son anxiété et baisser son niveau d'agitation.

## Projet pilote du programme d'accompagnement à la justice et santé mentale (PAJ-SM) à Longueuil (premier en province)

Les équipes délinquance participent à un projet-pilote PAJ-SM (programme d'accompagnement à la justice/santé mentale) inspiré de ce qui se fait du côté adulte. Ce programme a pour but d'adapter le traitement judiciaire des adolescents vulnérables à la Cour du Québec chambre de la jeunesse du district judiciaire de Longueuil en proposant un accompagnement global et partagé par les différents intervenants et un traitement plus individualisé de ces adolescents.

Le programme vise également un accompagnement plus rapide des adolescents, une plus grande collaboration et un partage d'informations plus efficace entre les différents intervenants.

Par ailleurs, les équipes délinquance se sont engagées dans la participation à un protocole de recherche avec la Belgique et Mme Geneviève Parent de l'Université de l'Outaouais pour de nouveaux outils cliniques servant à mieux cerner les facteurs de protection et les forces (ERIFORE et SAPROF) en vue de compléter l'évaluation du risque de récidive et le profil de délinquance de l'adolescent contrevenant.

## Projets Forces, amélioration des services de crise

Depuis plus de 18 mois, une équipe travaille au projet d'amélioration des services d'intervention de crise en santé mentale afin d'offrir des services plus complets et adaptés aux besoins de ses usagers et aux nouvelles réalités d'intervention du milieu.

Ce processus de réorganisation et d'optimisation des pratiques s'effectue en mode collaboratif dans différentes phases du projet avec des partenaires activement impliqués : les usagers (6 usagers partenaires), les familles (2 usagers partenaires-famille), les partenaires de la communauté et le personnel du Centre de crise l'Accès.

## Intégration d'agents d'interventions

De nouveaux postes d'agents d'interventions en santé mentale ont été créés sur les unités des hôpitaux. L'intégration de cette nouvelle fonction a permis de diminuer de 50 % le nombre de codes blancs lancés pour situation de violence.

## Service de l'accueil psychosocial : un accès simplifié et unifié!

C'est plus de 9 140 demandes de services de nature sociale et psychosociale qui ont été traitées par l'AAOR depuis le 1<sup>er</sup> avril 2022 suivant l'implantation d'une nouvelle ligne téléphonique centralisée. Avec les besoins grandissants de la clientèle, la Direction des programmes santé mentale et dépendance voyait la pertinence et l'importance d'optimiser et développer le service de l'accueil psychosocial des CLSC.

## 9 140 demandes traitées

## Période de grand froid : notre équipe de proximité à l'œuvre

Lors des très grands froids du mois de février 2023, l'équipe de proximité qui œuvre auprès des personnes vulnérables dans la rue était présente, partout sur le territoire, pour assurer leur sécurité, avec nos partenaires communautaires et intersectoriels. Ce sont plus de 60 personnes qui ont pu bénéficier d'une halte chaleur au courant de la fin de semaine, en plus de ressources d'hébergement qui ont ouvert leurs portes à pleine capacité!

## 60 personnes en bénéficiant

## Statistiques entourant les services de proximité en itinérance pour l'année 2022-2023

	Nombre d'usagers distincts	Nombre d'interventions
Équipe Pierre-Boucher	263	1 951
Équipe Richelieu-Yamaska	72	698
<b>Total</b>	<b>335</b>	<b>2 649</b>

## L'ABCdaire 18 mois+ lancé dans nos CLSC

L'ABCdaire 18 mois+, un outil du programme Agir tôt, a été lancé en septembre dernier dans quatre de nos CLSC. Les parents de la région ont donc accès à un rendez-vous de vaccination allongé pour évaluer le développement de l'enfant en utilisant l'outil ABCdaire 18 mois+.

*« L'âge de 18 mois est un âge charnière pour surveiller le développement. Ce programme donne la chance à tous les enfants du Québec d'avoir les outils nécessaires pour commencer l'école et réussir »*

*- Nathalie Paul, infirmière clinicienne.*

## Premier anniversaire du programme Crise-Ado-Famille-Enfance

S'adressant aux familles et aux jeunes de moins de 18 ans en crise, le programme Crise-Ado-Famille-Enfance est un service d'intervention rapide et intensive qui a pour but de dénouer une crise et de rétablir l'équilibre familial en maintenant le jeune dans son milieu de vie familial.

Dans la dernière année, ce sont :

- Plus de 230 interventions pour des situations de crise à l'urgence;
- 456 familles suivies de 8 à 12 semaines par nos intervenants.

## 456 familles suivies de 8 à 12 semaines

## Le Centre de jour d'Acton Vale se modernise

Le Centre de jour d'Acton s'est refait une beauté grâce au soutien de la Fondation Santé Daigneault-Gauthier. Avec l'implication de plusieurs intervenants, dont une dizaine de jeunes de la communauté et de l'artiste peintre de la région, Tina Rose Bastien, une œuvre

murale unique a été peinte en plus de l'ajout d'ameublements et d'équipements! Ce sont près de 15 aînés qui bénéficient, de manière hebdomadaire, d'activités et de programmes de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation à ce centre.

## Accueil des ressortissants ukrainiens

Février 2022 marque malheureusement le début du conflit en Ukraine. Nous avons ainsi participé au programme pour l'accueil des réfugiés ukrainiens en sol canadien. Le rôle de nos intervenants à la Maison de la famille de Saint-Hyacinthe était de faire une évaluation du bien-être et une évaluation de leur santé à leur arrivée; en deux volets. Une première fois dans les 30 jours suivant l'arrivée de la personne et une seconde fois dans les 90 jours.

## Prévention du déconditionnement de la clientèle hospitalisée

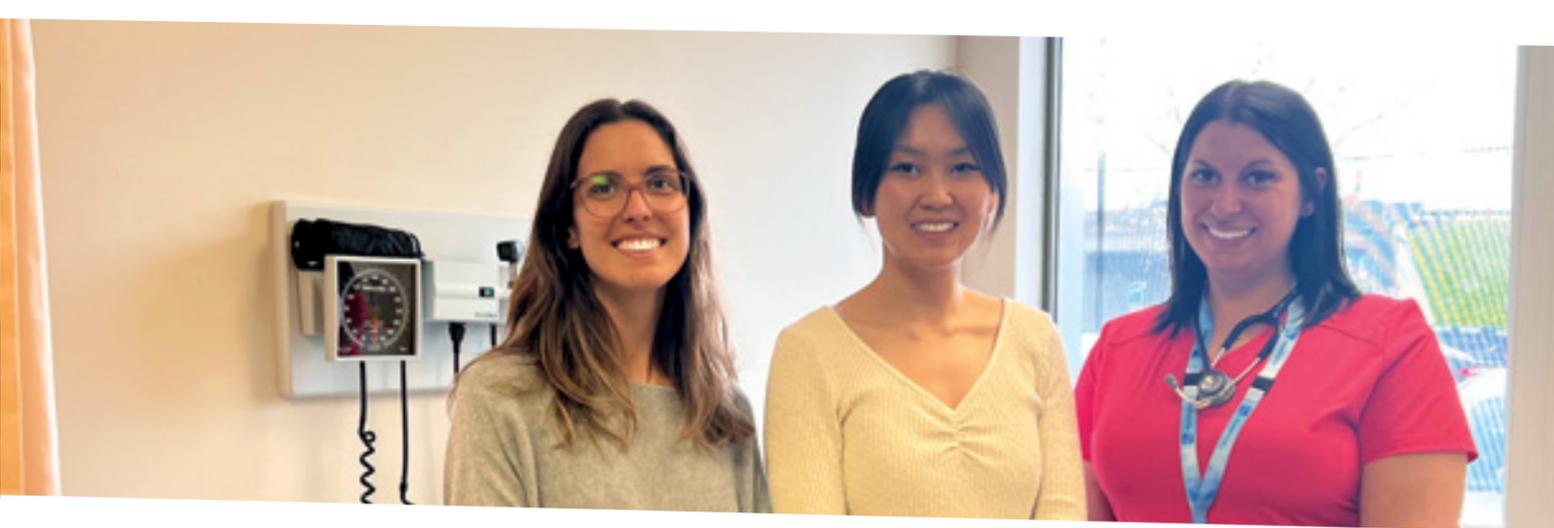
Afin de prévenir le déconditionnement lors d'une hospitalisation, nous avons intégré de nouveaux titres d'emploi. Les trois hôpitaux du CISSS ont désormais une offre de service additionnelle pour mobiliser les usagers. Des kinésologues et des assistants en réadaptation viennent donc s'ajouter aux professionnels de la réadaptation pour prévenir le déconditionnement des usagers.

## Des chroniques à BOOM FM pour éduquer la population

Depuis le 23 janvier 2023, tous les deux lundis, la cheffe de l'urgence et l'unité d'hospitalisation brève de l'Hôpital Pierre-Boucher, Stéfanie Dassylva, est au micro de Boom 104.1 – 106.5 pour vulgariser, expliquer et décortiquer à la population plusieurs sujets touchant la santé.

## La réalité virtuelle pour faire voyager nos aînés!

Les résidents du Centre d'hébergement de la MRC-d'Acton dans la Ville d'Acton Vale seront parmi les premiers au Québec à pouvoir découvrir quelques-unes des plus belles destinations de la province grâce à l'application de réalité virtuelle Toujours Dimanche! Ce nouvel outil d'intervention, développé par notre partenaire Super Sublime, permettra de briser l'isolement des résidents et prévenir le déconditionnement. L'objectif est de déployer cette technologie innovatrice dans l'ensemble de nos centres d'hébergement.



## Deux chefs de secteur qualité / formation en production alimentaire

Deux chefs en production alimentaire sont entrés en fonction en avril 2022 et se sont consacrés à l'amélioration continue de notre offre alimentaire en centre d'hébergement. Ils font la différence pour actualiser nos menus. Travaillant conjointement avec les chefs de service des activités d'alimentation, les cuisiniers et les aides-cuisiniers ainsi que les assistantes-chefs techniques en diététique, leur apport permet également de développer de la formation et de l'accompagnement pour le maintien des standards de qualité.

## Expérience des employés, médecins, bénévoles et partenaires

### Le bien-être de nos équipes, une priorité organisationnelle

La reconnaissance, santé et le mieux-être de l'ensemble du personnel sont primordiales pour l'organisation. C'est pourquoi, en 2022-2023, nous avons continué d'investir dans la santé globale et le mieux-être de nos employés par divers moyens.

### Des ambassadeurs santé pour apporter du soutien aux équipes!

Ayant pour objectif d'améliorer le mieux-être et de faciliter l'accès aux ressources d'aide, nous avons déployé une communauté d'ambassadeurs santé. Depuis sa création, plus de 215 ambassadeurs santé font partie de cette communauté qui vise, par le sou-

tien entre pairs, à faire une différence dans les milieux de travail.

- Nous avons plus de 215 ambassadeurs et/ou futurs ambassadeurs (formés ou en cours de formation);
- De ce chiffre, nous en avons 136 officiellement certifiés qui ont terminé leur formation.

## 136 ambassadeurs certifiés

### Poursuite du déploiement de l'autogestion des horaires dans d'autres secteurs

Lancé à la fin de l'année 2021 dans certains secteurs pour les infirmières, le projet-pilote d'autogestion des horaires a été déployé dans quatre centres d'hébergement pour les préposés aux bénéficiaires. Ce projet novateur permet aux employés d'avoir une plus grande flexibilité dans la gestion de leur horaire et ainsi un meilleur équilibre de vie personnelle et professionnelle.

### Des activités organisationnelles

Durant la dernière année, plus d'une vingtaine d'activités ont été organisées afin de favoriser une approche globale d'adoption de saines habitudes de vie conciliant travail et vie familiale. Nos employés ont pu profiter de plusieurs activités (foodtruck, tournée de crème glacée, etc.), conférences ou tirages. Nous avons également offert des matinées cinéma reconnaissance qui ont été un véritable succès! Le 11 et 18 juin 2022, plus de 740 employés et membres de leurs familles ont pu assister à des projections de films privés dans trois cinémas de notre territoire.

### De la formation pour maximiser le potentiel de nos équipes!

En plus de toutes les formations déjà offertes au personnel et aux gestionnaires, le début de l'année 2023 a marqué l'arrivée d'une bonification de l'offre de formation. La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique a commencé à offrir la formation Ceinture blanche – Amélioration continue (Lean) pour aider les équipes à prendre part à la démarche de transformation de l'organisation.

Le 26 janvier 2023, ce sont plus d'une dizaine de gestionnaires de différents secteurs qui se sont réunis pour assister à cette formation riche en outils concrets pouvant être appliqués au quotidien!

### Le tour du CISSSME, ensemble : une 2<sup>e</sup> édition réussie!

Afin de promouvoir un mode de vie sain et actif auprès de notre personnel, nous avons relancé la compétition amicale Le Tour du CISSSME, ensemble au mois d'octobre 2022. L'objectif est de cumuler les kilomètres tout au long du mois pour franchir la distance totale qui relie toutes nos installations, soit 370 km. Plusieurs employés ont relevé le défi permettant de parcourir ensemble plus de 4 996 km, soit 13 tours complets de toutes nos installations!

**4 996 km parcourus**  
**13 tours complets de nos installations**

### Promotion du mois de la nutrition

Plusieurs activités ont été organisées à l'interne dans le cadre du mois de la nutrition pour encourager l'adoption de saines habitudes de vie. Plus de 350 employés ont partagé leurs trucs pour économiser à l'épicerie, les services alimentaires ont fait déguster des smoothies dans différentes installations en plus de la dégustation de nouvelles recettes produites à base de protéines végétales. Une excellente façon de faire découvrir aux employés des trucs pour demeurer en santé.

### Le recrutement, ça roule!

Afin de répondre aux besoins grandissants et constants de l'organisation, l'équipe du Service d'acquisition et rétention des talents s'est mobilisée plus que jamais pour recruter de nouveaux joueurs au sein de notre communauté de plus de 16 000 employés! Plus de 3 648 embauches ont été réalisées, sans compter les changements de postes et promotions à l'interne.

**+ de 3 648 embauches**

### Une campagne de visibilité majeure pour recruter!

Afin d'assurer une grande visibilité sur le territoire pour inciter toute personne à postuler au CISSS, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques en a mis plein la vue avec des panneaux de recrutement affichés sur les plus grandes artères de notre territoire! Six panneaux d'autoroute ont été installés pour une visibilité auprès de deux millions de personnes.

## Académie de gestion : un projet-pilote qui fait ses preuves!

Une première cohorte de 15 nouveaux gestionnaires administratifs provenant de notre toute nouvelle Académie de gestion a été accueillie en juillet 2022! Ces derniers se sont joints à l'équipe de gestionnaires sur le terrain en étant responsable du volet administratif dans les hôpitaux, les centres d'hébergement, les CLSC et en service jeunesse. Ce projet-pilote novateur, qui a comme objectif de former la relève de gestionnaires administratifs, permet de libérer les gestionnaires cliniques de leurs tâches administratives : un succès sur toute la ligne!

## 15 nouveaux gestionnaires

### La relève, nos professionnels de demain

Nos équipes sont conscientes de l'importance d'investir dans la relève étudiante puisque ceux-ci sont nos professionnels de demain. Ainsi, plusieurs étudiants provenant de divers domaines d'études ont été mis à contribution dans plusieurs projets de l'organisation!

- **Des aides de service en centre d'hébergement**  
Ce sont 41 jeunes de 16 à 18 ans qui sont venus prêter main-forte à l'été 2022 et près d'une trentaine d'entre eux ont accepté de poursuivre leur travail durant l'année scolaire!
- **Des étudiants en orthophonie pour animer des groupes de stimulation du langage**  
Six étudiantes ayant terminé leur 1<sup>re</sup> année de maîtrise en orthophonie ont été embauchées comme assistantes en réadaptation pour la période estivale. Ainsi, ce projet pilote a permis d'offrir 23 groupes de stimulation du langage, permettant à 91 enfants et parents de compléter les différents ateliers.
- **Des étudiants à la DPJ : un succès pour une deuxième année**  
Sous la supervision de spécialistes en activités cliniques, plus de 80 étudiants ont travaillé à la Direction de la protection de la jeunesse et à la Direction adjointe du programme jeunesse, services psychosociaux dans la communauté et partenariat dans des rôles d'agent de relations humaines et de technicien en assistance sociale.
- **Des étudiants au soutien à domicile : un vent de fraîcheur bien apprécié!**  
Pour une deuxième année, 44 étudiants ont rejoint les rangs des équipes de soutien à domicile. Accueillis par des mentors dévoués, ils ont collaboré à compléter les outils d'évaluation multiclientèle en travaillant directement auprès des usagers et de leurs familles.

« Plus tôt je connais le réseau de la santé et des services sociaux, plus tôt j'aurai de l'expérience et des connaissances qui me seront utiles plus tard comme future cardiologue »

- Aïssatou Selma, étudiante et aide de service.

### Recrutement international : plus de 50 infirmières étrangères

Depuis janvier 2023, près d'une cinquantaine d'infirmiers et infirmières des pays francophones se sont joints à nos rangs. Ces professionnels, diplômés en soins infirmiers dans leurs pays d'origine, suivront une formation d'un an au Cégep de Sorel-Tracy ou au Cégep de Saint-Hyacinthe afin de parfaire leurs connaissances et intégreront ensuite nos équipes. Ils peuvent être préposés aux bénéficiaires dans nos installations durant leurs études. Un beau projet réalisé en collaboration avec nos partenaires et le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration.

### 50 infirmières francophones de +

### Nouvelle plateforme Intranet : une mine d'or d'informations

Ça y est! Le CISSS possède enfin son Intranet! Cette précieuse mine d'informations devient l'outil de référence pour tous nos employés, que ce soit pour des questions en lien avec leur dossier personnel ou pour connaître les nouvelles de l'organisation, tout y est!

- Plus de 10 000 documents déposés
- Près de 850 pages
- Plus de 200 personnes impliquées dans le projet

+ de 10 000 documents déposés

Près de 850 pages

+ de 200 personnes impliquées

### L'équipe des ressources financières toujours à l'écoute

L'équipe de la comptabilité a apporté un soutien important dans la collecte et la reddition de compte des dépenses liées à la pandémie COVID-19 ainsi que dans la mise en place des financements liés aux projets de développement. L'équipe des comptes à recevoir a apporté un soutien essentiel aux ressources non institutionnelles (RNI) et aux résidences privées pour aînées (RPA) afin de les soutenir pour l'obtention de leur rétribution en contexte de pandémie.

Le service du contrôle de la rémunération avec ses partenaires de la DRHCAJ et du service régional de la paie ont traité plusieurs dossiers de rétroactivités salariales et de règlements d'équité.

Le service des approvisionnements et de la gestion contractuelle a poursuivi ses activités d'optimisation des services notamment en poursuivant le développement de l'EDI et en mettant en place des processus et contrôles permettant un plus grand respect des lois en matière de gestion contractuelle.

Plusieurs formations ont par ailleurs été données dans ces domaines d'expertises auprès du personnel et des nouveaux gestionnaires.

### Rapatriement de la réserve de sécurité pour les solutés

La Direction de la logistique assure maintenant la gestion de l'inventaire des solutés. Elle a ainsi stabilisé et réduit les délais de réapprovisionnement vers les unités et assure une meilleure gestion des inventaires.

### Suivi des appareils de télécommunication

Les gestionnaires et les employés peuvent maintenant effectuer tout le suivi de leurs besoins en appareils de télécommunication auprès de la Direction de la logistique plutôt qu'auprès de la Direction des ressources informationnelles. Ce nouveau fonctionnement permet de standardiser les processus et la prise en charge réduisant également le délai de résolution de problèmes de 90 %.





# Prix de reconnaissance

Encore une fois cette année, le CISSS de la Montérégie-Est et ses équipes se sont grandement démarqués en remportant plusieurs prix et marques de reconnaissance.



## Prix Rochon - Le CISSS, récipiendaire d'Excellence en santé Canada

En mai 2022, le CISSS de la Montérégie-Est a remporté le prix Rochon décerné par Excellence en santé Canada pour son projet de réorganisation des services de crise. Ce prix est remis au projet le plus distinctif pour l'amélioration des services à la population. Félicitations à toute l'équipe!

## Gala des Prix SRS - Deux équipes lauréates!

### 1<sup>re</sup> place catégorie « Performant »

Une équipe composée de la Direction des soins infirmiers, de la Direction des services multidisciplinaires et d'une équipe de spécialistes cliniques en jeunesse ont remporté les honneurs d'une première place dans la catégorie Performance pour le projet : Renforcer l'accompagnement et le soutien du personnel clinique en soins infirmiers et des services multidisciplinaires afin d'augmenter leurs compétences et leur rétention.

### 3<sup>e</sup> place catégorie « Humain »

L'équipe de proximité de la Direction des programmes santé mentale et dépendance a mérité la troisième place dans cette catégorie pour les Services de proximité à la rencontre des personnes désaffiliées ou itinérantes.

## Concours Innovation infirmière Banque Nationale 2022 - Un projet de capsules vidéo qui remporte les honneurs

Le projet capsules vidéo d'enseignement virtuel à l'intention des nouveaux parents a remporté le prix régional pour la Montérégie pour le concours Innovation infirmière Banque Nationale 2022 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

## Assemblée des gouverneurs - Une employée médaillée

La Direction des soins infirmiers est fière de compter parmi ses membres la médaillée de l'Assemblée des gouverneurs, Marie-Pierre Sarrazin, conseillère en soins infirmiers – volet santé mentale. Impliquée depuis plusieurs années à l'Assemblée des gouverneurs dans divers dossiers, elle méritait amplement cette médaille!

## Journée de recherche - Deux pharmaciennes résidentes s'illustrent

Lors de la 22<sup>e</sup> édition de la Journée recherche de la Faculté de pharmacie, les pharmaciennes résidentes Vivianne Weitong Yao et Sabrina Pothier ont remporté le 1<sup>er</sup> prix pour leur affiche scientifique « Analyse descriptive de la prévalence de documentation erronée des allergies aux pénicillines chez les patients hospitalisés à l'Hôpital Pierre-Boucher sous antibiotiques », effectuée dans le cadre de leur projet de recherche.



### **Prix CECM - Trois comités exécutifs des conseils multidisciplinaires remportent une première place**

Grâce à l'organisation de l'événement virtuel organisé par les trois CECM intitulé « L'autonomie des usagers; parlons-en ENSEMBLE » en septembre 2022, les trois CECM ont remporté le 1<sup>er</sup> prix de la catégorie Projet du CECM qui consiste à être le leader ou avoir été collaborateur au projet à part égale avec les autres au cours de la période de septembre 2021 à septembre 2022. Organisée par l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec, les Prix CECM en action permet de souligner les bons coups de l'année. Chapeau aux trois comités!

### **Prix coup de cœur - Deux techniciennes en loisirs du Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance lauréates!**

Julie Desrosiers et Carolyne Gélinas, deux techniciennes en loisirs du Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance, à Sorel-Tracy, se sont méritées le prix 2022 de l'Association des services de loisir en institution du Québec – Région de la Montérégie pour leur contribution

exceptionnelle à la vie de leur centre d'hébergement. Grâce à leur énergie débordante et la belle relation d'équipe qu'elles entretiennent, elles ont su mettre en valeur leurs aptitudes professionnelles et relationnelles de façon à garantir la qualité de vie aux résidents.

### **Prix Espace Muni 2022 - Cartes à bouger, une initiative inspirante et récompensée**

Kim Lestage, APPR kinésologue et Marie-Lynne Brodeur, organisatrice communautaire de notre équipe de santé publique, ont contribué à développer le projet des Cartes à bouger qui s'est mérité le prix « Intelligence collective » au prix Espace Muni 2022. Cette initiative inspirante a été réalisée par la Ville de Longueuil et ses partenaires avec la participation importante des deux employées du CISSS.

# Résultats au regard des cibles des ententes de gestion en lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux



## Les résultats au regard des cibles des ententes de gestion en lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux

### Attentes spécifiques 2022-2023

#### Légende

Réalisée	R
Non réalisée	NR

#### SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
01.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès	<p>Le remplacement d'un processus vieux d'une centaine d'années représente un des ajustements dans les processus actuellement en place. En effet, le délestage du format papier du bulletin de décès et de sa transmission par courrier postal au profit de l'utilisation d'un formulaire informatisé et de sa transmission électronique requerra certains ajustements à l'organisation du travail dans le réseau sociosanitaire et hors réseau.</p> <p>Dans ce contexte, des mesures de gestion du changement doivent être prévues. Il est attendu que l'établissement se prépare à accueillir cette nouvelle solution afin qu'elle soit adoptée par les intervenants concernés. Ces derniers doivent bénéficier du soutien nécessaire pour maîtriser et utiliser la version électronique du SP-3 et délaissier la version papier.</p>	R
01.2	Promouvoir l'inscription à l'avis de grossesse informatisé	<p>L'établissement devra participer à l'effort provincial d'implanter l'avis de grossesse dans chaque région du Québec. Des intervenants ont été embauchés dans chaque CISSS et CIUSSS. Ces derniers doivent réaliser des tâches liées à l'avis de grossesse (ex. : recevoir et traiter les formulaires avis de grossesse, référer les femmes enceintes vers les services appropriés), de façon à répondre aux besoins de la clientèle cible. L'établissement devra également faire la promotion de l'avis de grossesse au sein de son RTS. Des outils de communication ont été développés par le MSSS, tels que des affiches imprimables, des feuillets d'information à la population, des vidéos, etc. L'établissement devra utiliser ces outils pour faire la promotion de l'avis de grossesse sur son territoire, notamment en faisant des liens avec les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les villes, etc.</p>	R

#### SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (SUITE)

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
01.3	Augmenter la couverture vaccinale des programmes offerts en milieu scolaire (primaire, secondaire)	<p>Il est attendu, en vertu et conformément aux responsabilités territoriales et populationnelles qui lui sont confiées, que l'établissement, avec le soutien des directions de santé publique, assure la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les milieux scolaires (primaire et secondaire) de son territoire, incluant le rattrapage de la vaccination des cohortes d'élèves non vaccinés depuis 2019-2020.</p> <p>Les programmes de vaccination en milieu scolaire comprennent la vaccination contre les hépatites A et B et contre les VPH en 4<sup>e</sup> année du primaire et celle contre le méningocoque de sérotype C, contre la diphtérie et le tétanos, contre l'hépatite B et contre les VPH en secondaire 3.</p> <p>Une priorité devrait être portée à la vaccination réalisée au secondaire (3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>) afin de procéder au rattrapage avant que les enfants ne quittent le milieu scolaire.</p> <p>L'établissement doit s'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre, formée et qualifiée pour réaliser cette vaccination.</p>	R
01.4	Consolider les effectifs au sein des directions de santé publique et les services de santé publique à mettre en œuvre pour faire face à la pandémie de la COVID-19	<p>Dans le cadre de ce financement, l'établissement doit consolider l'embauche des effectifs des directions de santé publique afin d'assurer le déploiement d'interventions liées à la pandémie de la COVID-19. L'établissement aura à assurer un suivi auprès du MSSS sur les ressources humaines et les dépenses. Cette allocation représente une priorité du ministre qui se traduit par un investissement annuel de 76 M\$ annoncé dans le budget 2021-2022.</p>	R

#### SECTION II : PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
02.1	Implanter des sites Aire ouverte offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans	<p>L'établissement devra démontrer son niveau d'avancement, par rapport à l'année précédente, quant au déploiement de leur site Aire ouverte, de l'embauche de leur équipe dédiée et l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans.</p>	R

**SECTION II : PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS (SUITE)**

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
02.2	Implanter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) dans l'ensemble de la trajectoire de services en santé mentale adulte et jeunesse	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale, via leurs mécanismes d'accès. Ces mêmes établissements déploient également les étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes du PQPTM. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, l'établissement devra démontrer le niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus, du nombre d'usagers en attente et des délais d'attente, au déploiement du PQPTM et à l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée aux étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes.	R
02.3	Soutenir le réseau d'éclaireurs et d'équipes relais en santé psychosociale et mentale	L'établissement devra faire état du déploiement du réseau d'éclaireurs.	R
02.4	Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité	L'établissement devra rédiger un plan d'amélioration des services de proximité présentant les actions prioritaires visant à améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Le plan d'amélioration des services de proximité devra prendre en compte le principe directeur, l'approche et les orientations du cadre de référence : améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.	Engagement retiré par le MSSS
02.5	Améliorer l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale et ce, afin d'être en conformité avec le de cadre de référence sur les mécanismes d'accès, dont le guichet d'accès en santé mentale fait partie intégrante. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, l'établissement devra démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus et de l'implantation de la gouvernance des mécanismes d'accès en santé mentale (MASM) et des grandes fonctions des guichets.	R

**SECTION III : SERVICES AUX AÎNÉS ET AUX PROCHES AIDANTS**

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
03.1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	<p>Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. L'établissement a des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, il doit prendre les actions pour s'assurer de mettre en place les meilleures pratiques cliniques (la mise en place de la planification conjointe précoce des congés (PPCC), la diminution de la relocalisation et de l'accès à l'hébergement à partir du CH, l'intensification de l'AAPA et des pratiques pour éviter le déconditionnement et les actions structurantes pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assurer une capacité hospitalière adéquate afin de répondre aux besoins d'accès, notamment à la chirurgie.</li> <li>2. Maintenir un niveau acceptable d'usagers ayant un statut NSA tout en prenant en compte leur délai d'attente par variable du RQSUCH.</li> <li>3. Soutenir la fluidité dans les urgences (DMS) en contribuant à diminuer la durée de séjour des usagers sur civières par un accès plus rapide aux lits des CH lorsque requis et également diminuer le nombre de personnes ne requérant pas d'hospitalisation, mais en attente sur une civière pour une relocalisation dans la communauté à partir de l'urgence.</li> </ol> <p>Les résultats attendus sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une diminution du nombre d'usagers NSA hors délais dans les CH selon les délais prescrits et en vigueur : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ceci se traduit par l'atteinte d'une proportion située en deçà de 40 % de NSA hors délai/NSA totaux (variable 16) par établissement de provenance (responsabilité populationnelle) et en deçà de 30 % d'usagers hors délai en variable 8 évaluations-orientations.</li> </ol> </li> <li>2. Une diminution du nombre d'usagers hospitalisés qui occupent un lit, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent, faute de capacité pour les relocaliser dans la communauté pour bien répondre aux besoins de l'utilisateur : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Le nombre d'usagers NSA par installation doit se situer en dessous d'une proportion de 8 % par rapport aux lits disponibles.</li> </ol> </li> </ol>	R

**SECTION III : SERVICES AUX AÎNÉS ET AUX PROCHES AIDANTS (SUITE)**

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
03.2	Adopter, déployer et mettre à jour la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées	<p>L'établissement doit rendre accessible sa politique de lutte contre la maltraitance sur son site internet et désigner un responsable de sa mise en œuvre.</p> <p>L'établissement doit, d'ici le 31 mars 2023, déployer les formations en maltraitance selon ces cibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un minimum de 85 % des employés en contact direct avec les personnes aînées, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial et un minimum de 30 % des cadres intermédiaires, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA, volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial suivront les formations Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées et Identification et signalement d'une situation de maltraitance envers une personne aînée;</li> <li>2. Un minimum de 50 % des travailleurs psychosociaux œuvrant auprès des personnes aînées, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA, de l'accueil psychosocial et de la Direction des services multidisciplinaires suivront la formation Intervention psychosociale à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées;</li> <li>3. Un minimum de 30 % des superviseurs cliniques qui relèvent de la Direction du programme SAPA, de l'accueil psychosocial ainsi que de la Direction des services multidisciplinaires suivront la formation. Supervision et soutien clinique dans la gestion des situations de maltraitance.</li> </ol>	R
03.3	Implanter et suivre la phase trois des travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNM)	<p>Conscient de l'importance de soutenir l'organisation des services pour les personnes vivant avec un TNM et leurs proches, le MSSS veut poursuivre son accompagnement du réseau pour la consolidation d'une offre de service flexible qui s'adapte aux besoins particuliers de ces usagers. Cela se fait avec un souci d'efficacité, de qualité et d'intégration de la trajectoire particulière à ces usagers au sein du continuum de services pour les aînés.</p> <p>Le déploiement proposé s'appuie sur les apprentissages des deux premières phases. Sa réussite requiert de consolider les acquis à partir des GMF et des services de proximité. Elle nécessite également une démarche formalisée qui se traduit dans les lignes d'un plan d'action biennal. Pour y parvenir, le MSSS propose une série de moyens facilitateurs, dont le Processus clinique interdisciplinaire, des conditions gagnantes et des outils d'aide à la pratique. Ils s'inscrivent dans une approche privilégiée de soutien aux établissements sur la base des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles.</p>	R

**SECTION III : SERVICES AUX AÎNÉS ET AUX PROCHES AIDANTS (SUITE)**

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
03.4	Accroître les services offerts aux proches aidants (10 M\$) et implanter une coordination en proche aide (3 M\$)	Une reddition de comptes sera à compléter pour les types de services octroyés, les centres d'activités, les programmes services visés et les sommes investies et lors de la titularisation du poste de coordonnateur à la proche aide en y spécifiant notamment le type de professionnel embauché et la direction d'attache.	R
03.5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	<p>L'établissement doit :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Avoir les structures et les processus en place pour permettre l'application des interventions ayant le plus d'impact clinique positif pour les aînés;</li> <li>b. Offrir la formation du MSSS dédiée au personnel de soutien et aux bénévoles hors unité de soins et en unité de soins;</li> <li>c. Encourager la contribution des personnes proches aidantes dans l'application d'interventions préventives, en fonction de leurs volontés et leur capacité d'engagement;</li> <li>d. Réaliser des audits de pratiques périodiques dans les urgences et les unités d'hospitalisation afin de vérifier l'application des interventions préventives en lien avec l'autonomie et la mobilité, la nutrition et l'hydratation ainsi que l'état mental, cognitif, comportemental et psychologique.</li> </ol>	R

**SECTION IV : AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES**

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
04.1	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	L'établissement devra démontrer sa contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2019-2023, et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.	R

**SECTION V : DÉVELOPPEMENT DU BIEN-ÊTRE ET DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE**

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
05.1	Mettre en place les mesures visant le renforcement et la coordination des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille afin de répondre aux besoins de ces derniers, en temps opportun	Il est attendu que l'établissement poursuive la mise en œuvre des actions afin que les jeunes en difficulté et leur famille puissent avoir accès à des services de qualité en matière de prévention et d'intervention de proximité, et ce, en temps opportun. Ces services devront être rendus de manière à assurer la fluidité des collaborations avec les services de la protection de la jeunesse, le cas échéant, et être basés sur les meilleures pratiques en leurs matières. Nous estimons que la réalisation de ces actions contribuera à ce que l'application de la LPJ conserve son caractère d'exception.	R

**SECTION V : DÉVELOPPEMENT DU BIEN-ÊTRE ET DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (SUITE)**

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		Trois actions sont attendus dans le cadre de l'EGI : 1. Documenter les effets observés en vue d'assurer la continuité d'un suivi conjoint à tous les enfants qui reçoivent des services de première ligne et qui sont évalués par la DPJ afin de favoriser une transition à la suite de l'intervention de la DPJ. Lors d'un signalement, lorsqu'un enfant ou ses parents reçoivent des services en première ligne, poursuivre ces interventions jusqu'au terme de l'évaluation du signalement; 2. Assurer une réponse dans un délai maximal de 30 jours aux enfants et/ou parents référés par la DPJ vers les services de proximité; 3. Mettre en place des stratégies en vue d'assurer une trajectoire de services plus fluide entre le milieu scolaire et les services de proximité.	R

**SECTION VI : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE ET DES AFFAIRES INSTITUTIONNELLES**

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
06.1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche	L'établissement doit élaborer et implanter un plan d'action visant à optimiser le processus d'autorisation des activités de recherche. Celui-ci doit prévoir une révision du processus basée sur les recommandations identifiées dans le cadre du projet QSV-TNDR en favorisant la collaboration de toutes les directions impliquées.  De plus, il doit assurer un partage et un arrimage des pratiques avec les autres établissements du RSSS et tenir compte des recommandations à venir du MSSS qui pourraient soutenir la démarche. En outre, le plan devrait prioriser le déploiement du projet d'optimisation de CATALIS au sein de l'établissement, notamment en assurant la disponibilité des ressources requises.  Aussi, le plan doit inclure l'élaboration d'un cadre pour la production et le suivi d'indicateurs en se basant sur le rapport de performance CATALIS. Des indicateurs clés du démarrage des études doivent être sélectionnés et suivis de façon étroite pour chaque activité de recherche soumise au processus d'autorisation en impliquant l'ensemble des services (recherche, clinique et administratif). Dans le cadre du processus d'autorisation optimisé, l'établissement doit notamment implanter des mesures visant à soutenir les cliniciens-chercheurs dans l'estimation plus exacte du nombre de participants pouvant être recrutés pour chaque essai clinique.	Exigence retirée pour le CISSS de la Montérégie -Est OU Engagement retiré par le MSSS pour le CISSS de la Montérégie -Est

**SECTION VI : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE ET DES AFFAIRES INSTITUTIONNELLES (SUITE)**

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		En somme, ce plan d'action doit être conçu pour permettre à l'établissement de répondre aux attentes ministérielles des années subséquentes visant la réduction successive des délais moyens d'autorisation des activités de recherche.	Voir page 46

**SECTION VII : INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT**

No.	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
07.1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique	Le plan de modernisation technologique décentralisé de chaque établissement doit présenter les principales mesures technologiques que ce dernier prévoit réaliser en 2022-2023 et 2023-2024, avec une estimation de l'échéancier et des coûts d'implantation pour chaque mesure. Les mesures doivent contribuer à l'obtention de gains rapides et comprendre des objectifs SMART munis d'indicateurs et de cibles annuelles en termes de :  <ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction de la pression sur le personnel;</li> <li>Réduction des délais d'accès aux services pour le citoyen;</li> <li>Amélioration de la qualité des services;</li> <li>Respect de l'échéance, des coûts et de la portée de chaque mesure.</li> </ul> Le plan doit également couvrir minimalement les sujets suivants et respecter les directives émises par la DGTI pour chacun de ces sujets, soit :  <ul style="list-style-type: none"> <li>Moderniser les outils technologiques;</li> <li>Rehausser la capacité en télécommunications et outils collaboratifs;</li> <li>Rehausser la cybersécurité;</li> <li>Prendre le virage vers l'infonuagique;</li> <li>S'arrimer avec les projets de modernisation technologique nationaux;</li> <li>Mettre en place les fondations nécessaires à l'implantation du Dossier de santé numérique (DSN).</li> </ul> L'établissement doit rendre compte de l'état d'avancement de l'implantation de son plan de modernisation technologique décentralisé et de l'utilisation des sommes octroyées pour sa réalisation. Cette reddition de comptes doit porter également sur l'ensemble des indicateurs identifiés. La reddition de comptes doit se faire sur une base trimestrielle relativement à l'utilisation des sommes additionnelles octroyées. Celle portant sur l'état d'avancement des plans ainsi que sur les indicateurs doit se faire sur une base annuelle. Pour plus de précisions, les établissements peuvent se référer aux guides produits par le MSSS.	R

## Engagement annuels

Les résultats au regard des cibles des ententes de gestion en lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

### Légende

Atteinte de l'engagement annuel à 100 %	
Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 %	
Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %	
Non disponible	ND
Sans objet	S.O.

Tableau : Résultats des engagements annuels

Santé publique				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.01.28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	77,1 %	90 %	76,0 %	90 %
1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	91,50 %	80 %	90,59 %	80 %

### Commentaires

- Plusieurs absences aux rendez-vous, avec ou sans annulation, et ce, principalement chez les 12 à 18 mois.
- Les données augmentent à 82 % lorsque l'on compare avec les données à un an par rapport aux enfants âgés d'un an et un mois.
- Un rappel sera fait dans la prochaine année auprès des familles absentes pour prévoir un autre rendez-vous.
- De la promotion sera aussi organisée pour rappeler l'importance de la vaccination 0-5 ans.

Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	84,5 %	80 %	84,0 %	80 %

### Commentaire

- Reddition annuelle : 25 316 observations d'audits en hygiène des mains réalisées.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	75,3 %	75 %	76,5 %	75 %
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	92,0 %	90 %	96,7 %	90 %

Soutien à domicile (SAD)				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	23 078	23 415	22 919	23 565
1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 852 830 heures	1 542 000 heures	2 387 945 heures	1 603 680 heures

### Commentaires

- 22 919 usagers (écart de 646 usagers) : 104 127 heures travaillées non dépensées en soins infirmiers soutien à domicile (53 équivalents temps complet) principalement reliées à des remplacements non obtenus (aucun poste vacant après affichage en soins au soutien à domicile). 67 942 heures travaillées non dépensées en services professionnels (37 équivalents temps complet) dont 21 postes vacants, après affichage et balance en remplacement non obtenue. Cible non atteinte avec écart de 646 personnes donc il y a 159 usagers de moins que l'an passé. Explication : équivalent de 90 équivalents temps complet non obtenu au budget dont 7 992 heures travaillées en moins au niveau des services professionnels et soins infirmiers que l'an passé (4 équivalents temps complet). Malgré la hausse du budget du soutien à domicile, difficulté de trouver les ressources pour atteindre la cible.

Déficiences				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.47-PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)	382	382	333	387

### Commentaires

- Un nombre de places représente un portrait des places occupées et non uniquement dédiées. Le portrait est donc évolutif.
- Les profils de besoin sont également évolutifs. Un usager avec un diagnostic de départ DI-TSA ou DP peut avoir un profil de besoin dont la majeure est liée au vieillissement avec l'âge.
- Dans les derniers mois, une analyse des profils de besoin a été réalisée et plusieurs changements ont été mis en place. C'est en partie ce qui explique la baisse.

Jeunes en difficulté				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété via la plateforme Agir tôt	337	294	645	441
1.06.04-PS Délai moyen d'attente pour une évaluation à la Protection de la jeunesse	37,88 jours	28 jours	39,17 jours	28 jours

### Commentaires

- 1.06.20 : \* Résultats SID présentés, disponibles depuis le 5 avril 2023. À la période financière 13, on observe au final une hausse des signalements reçus et retenus pour l'année 2022-2023. 21 162 signalements reçus qui représentent une hausse de 1,5 %. Une hausse de 7 % des signalements retenus. Cette hausse conjuguée à la pénurie de main-d'œuvre à l'étape évaluation/orientation à une incidence sur l'augmentation du délai d'attente moyen à cette étape. La cible n'est donc pas atteinte.
- Plusieurs stratégies sont en place au sein de la Direction de la protection de la jeunesse pour diminuer les délais d'attente. Parmi celles-ci, un projet pilote a été expérimenté dans les équipes évaluation/orientation à l'hiver-printemps 2023 où nous avons revu l'organisation du travail, le rôle et les responsabilités des intervenants. Ce projet est maintenant dans une phase d'implantation dans l'ensemble des équipes évaluation/orientation.

### Dépendances

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	3 464	1 424	2 223	1 509

### Commentaires

### Santé mentale

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	668	785	768	624

### Commentaires

- Globalement les mêmes raisons que le T2 et T3 expliquent l'atteinte de l'écart. Enjeux majeurs entourant l'absence des effectifs médicaux (PDS = -57 %, RY = -60 %, PB = -40 %) qui ont augmenté depuis le T3, en plus d'une moyenne de 8 à 10 équivalents temps complet. Absences-non remplacées dans nos services de santé mentale 1<sup>re</sup> ligne. Nous sommes toujours dans des étapes actives du PQPTM qui impactent l'organisation des services, les pratiques professionnelles, l'accès et le potentiel de la performance des services au niveau de l'accès.

Santé physique - Urgence				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	19,72 heures	15,1 heures	21,50 heures	15,1 heures
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	229 minutes	147 minutes	280 minutes	147 minutes

### Commentaires

- 1.09.01 : Plusieurs usagers sur civières en attente d'hospitalisation à l'urgence. Plusieurs projets afin d'optimiser la fluidité de chaque installation en amont, intra et en aval de l'hôpital. Utilisation de la surcapacité au besoin, pour favoriser une meilleure fluidité entre l'urgence et les unités de soins.
- 1.09.16 : Plusieurs usagers en attente d'hospitalisation dans l'aire ambulatoire viennent nuire à la fluidité et à la prise en charge médicale pour tous les usagers de la salle d'attente. Amélioration de neuf minutes malgré toutes les difficultés de fluidité rencontrées.

### Santé physique

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.09.50-EG2 Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	ND	29,0	18,8	29,0

### Commentaires

- Début estimé, 15 juin 2023 selon une démarche d'intégration progressive dans le traitement pour la clientèle du CISSS de la Montérégie-Est du RLS Richelieu-Yamaska. On compte 17 appareils de disponibles pour le projet, donc 2 seront exclusifs à la formation des nouveaux usagers.

### Santé physique - Chirurgie

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de un an pour l'ensemble des chirurgies	502	317	324	125

1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois	2 343	1 682	1 867	2 200
---	-------	-------	-------	-------

#### Commentaires

- 1.09.32.00 : La pression est plus importante à l'Hôpital Pierre-Boucher. L'accès aux lits, la pénurie de ressources et la priorisation clinique affectent le délai d'attente en plus de l'accès partiellement réduit au bloc opératoire en raison des travaux et de l'impact COVID-19. Trois salles fermées à l'Hôpital Pierre-Boucher (une salle COVID-19, une salle réparation des lampes opératoires) et fermeture de la salle de césarienne d'urgence au bloc obstétrical.  
Efforts de programmation, 30 à 35 % des cas de plus d'un an sont maintenus. Les enjeux sont adressés par spécialité (notamment ophtalmologie et orthopédie pour l'Hôpital Honoré-Mercier, orthopédie pour l'Hôpital Pierre-Boucher. Effet de la bascule des cas en attente depuis 9-12 mois vers la case des > 1 an.  
Efforts maintenus sur la qualité des données des listes d'attente/ Épuration des listes d'attente 2 fois par année / Gestion des listes d'attente selon le circulaire du ministère (non-disponibilité des usagers- refus/ Collaboration et implication de l'équipe médicale pour 2<sup>e</sup> offre au patient par exemple, la mise en place de pool de patients par spécialité.  
Entente avec Chirurgie Dix30.
- 1.09.32.10 : Résultat dépasse la cible. Programmation selon la priorité médicale. Poursuite de l'entente avec Chirurgie Dix30.

Santé physique - Cancérologie				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	56,2 %	73 %	52,6 %	80 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	95,0 %	90 %	90,5 %	90 %

#### Commentaires

- 1.09.33.01 : Enjeu se situe principalement à l'Hôpital Pierre-Boucher. Les résultats suivent la tendance observée pour l'ensemble du Québec. Quelques enjeux adressés par exemple lors de nécessité de coordination chirurgicale entre deux spécialités (cas conjoints), l'urologie à l'Hôpital Pierre-Boucher ou les chirurgiens ayant de plus grosses listes d'attente. En attente des lignes directrices pour des cibles révisées selon les sites tumoraux (exemple : cancer de prostate) En attente des nouvelles cibles négociées avec le MSSS.

Santé physique – Services de première ligne				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	73,97 %	84 %	71,25 %	85 %
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	308 898	321 848	305 386	364 560

1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	28	32	34	38
--	----	----	----	----

#### Commentaires

- 1.09.27: Plusieurs départs à la retraite pour le RLS Pierre-Boucher. Avec les inscriptions collectives (contrat entre la FMOQ et le MSSS),
- 1.09.27.01 : Le Centre médical Longueuil sera fusionné avec les GMF des Seigneuries. Cet ajout de site permettra d'augmenter le nombre de personnes inscrites, mais de manière peu significative. La tendance est le maintien de la donnée.
- 1.09.51 : Le résultat est de 34 cliniques branchées (29 GMF et 5 hors GMF). Nous ajouterons sous peu trois cliniques (Centre médical Longueuil, Clinique Dr Guillaume Lemay et celui du CLSC Gaston-Bélanger) pour un total de 37. De plus, nous sommes en pré-lancement de trois autres cliniques. Nous devrions atteindre 40 cliniques d'ici les prochaines semaines.

Santé physique – Imagerie médicale				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	63,1 %	90 %	54,7 %	90 %
1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	63,7 %	90 %	57,5 %	90 %
1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	68,2 %	90 %	56,3 %	90 %

#### Commentaires

- 1.09.34.00- 1.09.34.08 : De façon générale, nous devons composer avec l'instabilité au niveau de la main-d'œuvre des technologues (départs, congés, maladies, etc.).
- Nous poursuivons nos ententes avec les partenaires privés (Laboratoire d'imagerie médicale) en prenant soin de bien gérer nos listes d'attentes, hors délais.
- 1.09.34.09 : Nous sommes actuellement en formation sur un nouvel appareil d'IRM à l'Hôpital Pierre-Boucher qui devrait améliorer à moyen terme notre capacité de production, particulièrement pour l'imagerie musculo-squelettique qui représente près de 50 % de notre production, par l'introduction d'un nouveau système d'antennes et module d'intelligence artificielle

Santé physique – Services spécialisés				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
1.09.49-PS Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B, C, D, E)	74,8 %	82 %	68,7 %	85 %

#### Commentaires

- Les demandes augmentent et l'offre diminue au niveau des spécialistes. Par rapport au Québec, notre pourcentage est favorable. Nous développons des projets pour augmenter le nombre de trajectoires. Un nouveau cadre de référence sera bientôt disponible par le MSSS qui nous donnera des leviers supplémentaires.

Ressources humaines				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,81 %	1,16 %	1,24 %	0,87 %
3.05.03-PS Ratio de présence au travail	89,54	89,3	89,29	89,39
3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » ou une formation considérée minimalement équivalente	18,2 %	50 %	78,42 %	100 %

#### Commentaires

- 3.06.00 : Nous avons intégré la main-d'œuvre indépendante dans les services jeunesse (éducateurs, gardiens).
- 3.05.03 : Si nous comparons notre ratio avec celui de l'ensemble du Québec, nous suivons une tendance similaire au Québec. (90,19 en P9)
- Nous avons une augmentation des dossiers d'invalidité et des ratios en assurance-salaire ainsi que CNEST (donc impact sur le ratio de présence au travail).
- Voici quelques causes probables (hypothèses):
  - Absences ponctuelles reliées aux infections respiratoires saisonnières (COVID-19, influenza, VRS, etc.)
  - Période post-pandémie (épuiement, augmentation des problématiques de santé mentale, des problématiques familiales);
  - Pénurie de main-d'œuvre (augmentation de la charge, épuiement);
  - Embauches massives et avec processus accélérés (impact négatif sur la qualité de MO);
  - Embauches de personnel à risque (connus pour antécédent de santé, > 60 ans, réembauches mitigées, etc.)
  - Augmentation de la lourdeur de la clientèle (comorbidité, diminution autonomie, violence, agressivité, etc.);
  - Modernisation de la Loi sur la santé et la sécurité au travail (volet santé mentale en augmentation).
- De plus, le nombre d'heures d'absentéisme ponctuel est également en augmentation. Le nombre d'heures travaillées influence aussi le ratio de présence au travail.
- 3.01.02 : Résultat au 22 avril 2023 (78,42 %). Au 25 mars 2023, nous étions à 10 440 employés formés, soit 69,1 % sur une base de 15 000 employés.

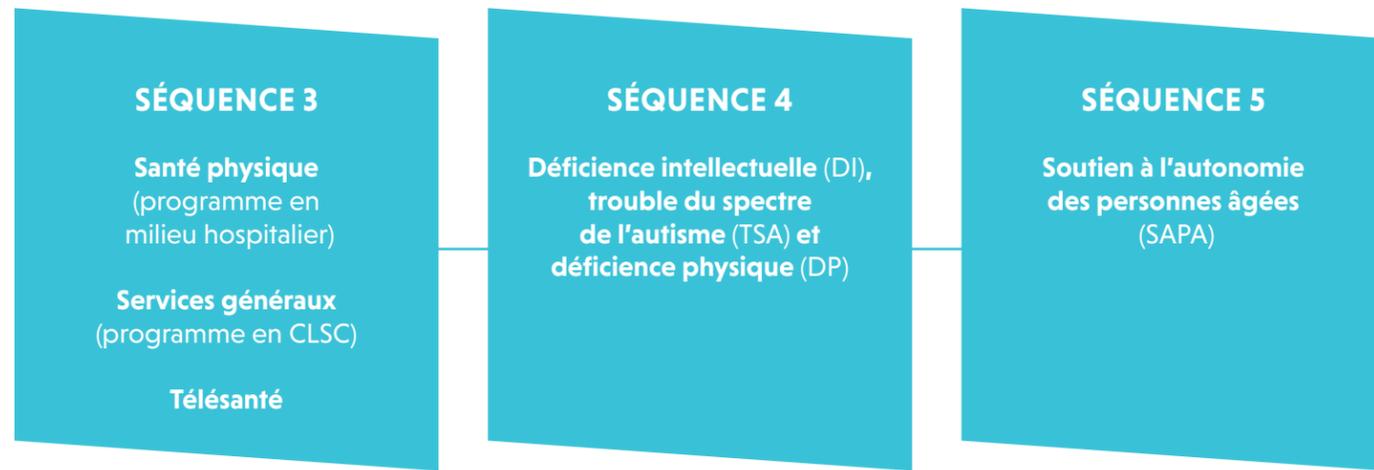


# Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité



## Agrément du CISSS de la Montérégie-Est

Comme l'exige la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) dans son Article 107.1 et conformément à ce qui était prévu au calendrier, le CISSS de la Montérégie-Est a reçu les visiteurs d'Agrément Canada du 13 au 18 novembre 2022, dans le cadre de l'évaluation des programmes-services :



Cette visite qui fut un succès au niveau du déroulement, s'inscrivait dans la mise en œuvre du cycle 1 (2018-2023) du programme Qmentum d'Agrément Canada, qui oriente les activités d'amélioration de la qualité de l'organisation. En vue d'assurer les suivis post-visite obligatoires auprès d'Agrément Canada, les équipes d'amélioration continue de la qualité, en collaboration avec les directions, travaillent à rendre conformes les critères non réussis lors de l'évaluation des normes. Agrément Canada rendra sa décision concernant les résultats du cycle 1 pour notre organisation en juin 2023, pour l'instant, le CISSS demeure agréé.

Engagé dans cette démarche d'amélioration continue, le CISSS de la Montérégie-Est entend s'appuyer sur ces résultats de la visite d'agrément pour poursuivre l'amélioration de ces processus et continuer à assurer une offre de services et de soins sécuritaires ainsi que de qualité à la population qu'il dessert.

Toujours au niveau d'agrément, la fin de l'année 2022-2023 marque également le début des activités de la séquence 1 du cycle 2 (2023-2027) d'agrément, dont la prochaine visite est prévue en février 2024 et pour laquelle l'évaluation sera consacrée aux exigences du nouveau manuel Gouvernance, Leadership, Santé publique et les normes transversales.

### L'assurance-qualité dans les milieux de vie externes à l'établissement

En septembre 2022, le deux conseillers cadres chargés de la coordination des mécanismes d'assurance qualité dans les milieux de vie ont été embauchés. Leurs actions sont coordonnées avec les différents programmes pour soutenir leur travail dans les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), les centres d'hébergement en soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés et privés non-conventionnés, ainsi que les maisons de soins palliatifs (MSP).

L'assurance qualité dans les milieux de vie soutient également les programmes tels que la règle de soins nationale, l'implantation de la gestion de risque en sécurité incendie (GRSI) dans les RI-RTF, ainsi que la politique de lutte contre la maltraitance dans les milieux de vie.

Dans la révision de l'offre de services du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), le ministère de la Santé et des Services sociaux demande aux établissements de revoir leur pratique dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique d'hébergement et de soins de longue durée. Cette dernière met l'accent sur l'importance du partenariat avec les établissements privés et privés conventionnés pour offrir des soins de qualité à la population.

### Agrément des maisons de soins palliatifs

Cette année, le CISSS de la Montérégie-Est a renouvelé, pour une période de cinq ans, l'agrément des maisons de soins palliatifs de son territoire qui sont des organismes à but non lucratif. L'agrément a été délivré rétroactivement du 1<sup>er</sup> avril 2021 au 31 mars 2026. De plus, un suivi annuel a été réalisé conformément au cadre de référence sur les mécanismes de surveillance de la qualité des soins dans les maisons de soins palliatifs pour les maisons de soins palliatifs suivantes : Maison Source Bleue et Maison Victor-Gadbois. À la suite des résultats, le CISSS a recommandé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le 27 septembre 2022, que leur agrément soit maintenu.

### Suivi de la qualité dans les CHSLD privés conventionnés et le CHSLD privé

En 2022-2023, conformément aux nouvelles orientations ministérielles concernant le plan d'action pour l'hébergement 2021-2026, notre établissement travaille à renforcer le processus de suivi de la qualité avec nos partenaires. Un soutien est apporté aux établissements de notre territoire de façon continue et des visites sont réalisées selon les situations. Le territoire du CISSS de la Montérégie-Est comprend 4 établissements (3 privés conventionnés et 1 privé non conventionné).

### Suivi de la qualité dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et enquête administrative

Quelques visites administratives portant sur la qualité des soins et des services ont été effectuées par les conseillers de la direction dans le cadre de ce nouveau mandat. L'offre de services de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique en RI-RTF pour le suivi de la qualité des soins et services s'inscrit en partenariat avec les exploitants de ressources et sera développer dans la prochaine année.

## La sécurité et la qualité des soins et des services

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

Le CISSS de la Montérégie-Est est fier du travail accompli et des efforts de son personnel pour minimiser les risques pour les usagers dans ce contexte exceptionnel et éprouvant de la pandémie.

Afin de promouvoir, de façon continue, la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents, l'établissement a mis en œuvre diverses actions :

- Poursuites de la diffusion et de la consolidation de la connaissance des différents outils de gestion des risques aux équipes;
- Révision de la formation sur la gestion des risques et sa diffusion au réseau sur l'environnement numérique d'apprentissage provincial, sous l'appellation Fondements de la prestation sécuritaires de soins et de services;
- 1 199 employés et gestionnaires ont reçu la formation relative à la déclaration d'un événement indésirable et évitable entre autres suite à leur embauche;
- 76 gestionnaires ont reçu la formation sur l'analyse d'un événement indésirable et évitable et 73 gestionnaires pour le volet divulgation;
- Développement et diffusion d'une trousse à outils en gestion des risques.

### Loi de Vanessa

Conformément aux exigences de la Loi Vanessa, les hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Est assurent une vigie des événements en lien avec les réactions indésirables graves à un médicament (RIM) et les incidents associés aux instruments médicaux (IIM), en vue de leur déclaration à Santé Canada.

Au terme de l'exercice financier 2022-2023, seulement deux (2) déclarations RIM ont été transmises à Santé Canada, aucune déclaration (IIM) n'a été transmise.

Afin de soutenir la déclaration, la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) a sollicité le comité de gestion des avis, alertes médicales et des rappels (AAR). Un point statutaire concernant les résultats est présenté aux trois mois. De plus, une vigie est réalisée sur les déclarations produites en gestion des risques.

### Gestion des alertes médicales, des avis et des rappels (AAR)

Au même titre que les autres processus de gestion des risques, le processus de gestion des alertes médicales, des avis et des rappels (AAR) fait l'objet d'une vigie au CISSS de la Montérégie-Est. L'établissement s'assure continuellement de tout mettre en œuvre, afin que les fournitures, les médicaments ou les équipements médicaux utilisés répondent aux standards, en termes de qualité et de sécurité. À partir d'un système centralisé de réception des AAR, les secteurs de l'approvisionnement, du génie biomédical et de la pharmacie assurent le traitement et les suivis des AAR reçus et collaborent avec les directions cliniques et administratives et les fournisseurs dans la bonne mise en œuvre du processus de gestion des AAR.

Relativement aux résultats, on observe, pour cette année, une réduction du volume d'AAR déclarations, soit 69 déclarations de moins par rapport à l'année précédente. Au terme de l'exercice 2022-2023, l'établissement enregistrait un taux de fermeture des AAR de 64 %.

### Nombre de AAR enregistrés au CISSS de la Montérégie-Est

Type de produit	2021-2022		2022-2023	
	Nb	%	Nb	%
Équipements	95	55 %	58	56 %
Fournitures	36	21 %	32	31 %
Médicaments	40	23 %	14	13 %
Autres*	2	1 %	0	0 %
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100 %</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

\* AAR en lien avec l'informatique et le laboratoire

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

#### Tableau comparatif des événements déclarés

Événements déclarés	2021-2022		2022-2023	
	Nb	%	Nb	%
Nombre total d'événements déclarés*	25 982	100 %	25 205	100 %
Incidents	1 580	6 %	1 565	6 %
Accidents	24 142	93 %	23 398	93 %

\* Le nombre total d'événements déclarés inclut les événements non analysés dans le SISSS, soit 1 %.

Note : Nombre de déclarations pour l'année 2022-2023 (données extraites le 18 avril 2023). Les CISSS et les CIUSSS ont jusqu'au 15 juin 2023 selon le MSSS pour comptabiliser les données de 2022-2023.

### Nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance pour 2022-2023

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Erreur de médicaments	446	28 %	974 (62 %)
Traitement/Intervention	274	18 %	
Autres types d'événements	254	16 %	

Parmi les trois principaux types d'incidents, les trois circonstances les plus récurrentes sont les suivantes :

Événement	Circonstances (3 principales)
Erreur de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non-respect d'une procédure/protocole (10 %)</li> <li>Omission (8 %)</li> <li>Autre (7 %)</li> </ul>
Traitement/intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non-respect d'une procédure/protocole (23 %)</li> <li>Omission (2 %)</li> <li>Autre (1 %)</li> </ul>
Autres types d'événements	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autre (5 %)</li> <li>Erreur liée au dossier (4 %)</li> <li>Lié à l'identification (4 %)</li> </ul>

### 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 (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Chute	11 858	51 %	20 561 (88 %)
Erreur de médicaments	5 854	25 %	
Autres types d'événements	2 849	12 %	

Parmi les trois principaux types d'incidents, les trois circonstances les plus récurrentes sont les suivantes :

Événement	Circonstances (3 principales)
Chute	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trouvé par terre (33 %)</li> <li>En circulant (10 %)</li> <li>Lors d'un transfert (5 %)</li> </ul>
Erreur de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omission (12 %)</li> <li>Dose/débit (6 %)</li> <li>Non-respect d'une procédure/protocole (4 %)</li> </ul>
Autres types d'événements	<ul style="list-style-type: none"> <li>Blessure d'origine inconnue (5 %)</li> <li>Blessure d'origine connue (4 %)</li> <li>Obstruction respiratoire (1 %)</li> </ul>

## Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment

L'équipe de la gestion intégrée de la qualité a assuré un soutien et un accompagnement, de façon continue, auprès des gestionnaires dans l'appropriation de leurs rôles et responsabilités en matière de sécurité des usagers et de gestion des risques. Cette gestion globale, proactive et continue des risques de toute nature, dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation a été favorisée afin de gérer les risques et d'améliorer la sécurité des soins et services fournis aux usagers.

Les événements indésirables présentant des conséquences importantes et permanentes (indice de gravité G, H ou I), les suicides et tentatives de suicide, ainsi que des événements indésirables répétitifs ou pouvant présenter des conséquences importantes si le risque se réalisait, ont fait l'objet d'une analyse approfondie en collaboration avec les directions concernées. Des plans d'amélioration ont été élaborés, déployés et suivis pour tous ces événements. Ces événements dits sentinelles ainsi que leurs suivis ont été rapportés au comité de gestion des risques dans le cadre de son mandat stipulé à l'article 183.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) ainsi qu'au comité de vigilance et de la qualité (article 181.0.3 de la LSSSS).

Les mesures mises en place par l'établissement au cours de l'année sont les suivantes :

- Analyse des risques organisationnels pour la clientèle du CISSS de la Montérégie-Est en lien avec la pénurie de main-d'œuvre, dans les secteurs identifiés comme étant les plus critiques, soit jeunesse – hébergement, santé maternelle et des enfants, SAPA – hébergement et soins à domicile ainsi que les secteurs de l'urgence, de la médecine et de la chirurgie;
- Suivi régulier des indicateurs reliés aux événements indésirables et évitables;
- Soutien apporté aux équipes de soins et de services pour le traitement, l'analyse des événements et particulièrement ceux dits sentinelles (EVS) incluant les divulgations et mesures de soutien aux usagers;
- Suivi de la réalisation des plans d'amélioration qui découlent des événements sentinelles;
- Suivi régulier des activités du service de prévention et de contrôle des infections;
- Suivi des recommandations émises par la gestion des risques et le coroner;
- Suivi de la révision et de la mise à jour des politiques, des procédures et des règlements;
- Poursuite de l'informatisation du formulaire AH-223 dans les secteurs hôpitaux, CLSC, GMF et les services transversaux;
- Suivi de la démarche d'amélioration/d'agrément (application des pratiques sécuritaires de soins et de services).

## Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Au cours de la dernière année, le service de la Prévention et contrôle des infections (PCI) en cogestion avec les microbiologistes-infectiologues de notre CISSS a consacré ses priorités d'action à la gestion de la pandémie de la COVID-19. Le service de PCI a repris les activités d'amélioration et d'harmonisation des outils, des protocoles et des processus de surveillance des infections nosocomiales et autres pathogènes destinés aux équipes de soins.

L'équipe de PCI et les microbiologistes-infectiologues ont été mis à contribution dans plusieurs décisions cliniques dans l'optique d'assurer l'application des mesures de prévention basée sur les lignes directrices, les recommandations du MSSS et en ajustement de la réalité clinique combinés à un soutien quotidien au personnel, aux médecins et aux gestionnaires dans les activités courantes.

De plus, le service de PCI a collaboré activement avec l'ensemble des directions afin de prévenir les infections nosocomiales, d'assurer une surveillance de ces dernières et au besoin, de participer à une gestion efficace des éclosions dans les milieux de soins et de vie.

De façon non exhaustive, voici des exemples de réalisation :

- Participation à l'élaboration du cadre de référence ministérielle en PC;
- Développement de la boîte à outils PCI pour l'Agrément;

- Support aux équipes en préparation de l'Agrément;
- Révision des outils, procédures et politiques PCI pour le transfert vers l'Intranet;
- Déploiement Intranet;
- Mise à jour des documents PCI avis, recommandations, directives, algorithmes, affiches, etc.;
- Révision des différentes trajectoires COVID-19 par services;
- Mise à jour de la trajectoire Ébola;
- Gestion de l'éclosion du Candida auris;
- Travaux en lien avec le transfert vers SILP;
- Soutien aux CHSLD (Hôpital Pierre-Boucher);
- Participation au comité tactique de l'hébergement;
- Participation au comité approche adapté à la personne âgée (AAPA);
- Prise en charge des résidences pour personnes âgées (RI-RPA);
- Rencontres des familles en CHSLD;
- Participation au comité d'harmonisation des produits;
- Collaboration dans les divers chantiers de rénovation et de construction;
- Garde téléphonique CISSS de la Montérégie-Est;
- Révision du contenu et de la fréquence de diffusion d'un bilan périodique à un bilan trimestriel;
- Ouverture de l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier;
- Formation de la Canadian Standard Association (CSA) pour les conseillères PCI et les employés de la Direction des services techniques (DST);
- Début des travaux d'harmonisation des codes informatiques PCI du système Nosokos et Clinibase;
- Comité de projet d'agrandissements de l'Hôpital Pierre-Boucher, l'Hôpital Honoré-Mercier et de l'Hôtel-Dieu de Sorel.

Voici les exemples de réalisation de l'équipe du service de PCI dans un cadre d'amélioration continue :

- Travaux de collaboration avec la Dspu, le CISSS de la Montérégie-Ouest et le CISSS de la Montérégie-Centre pour harmoniser des outils partagés, campagne Hygiène des mains, etc.;
- Prise en charge des RI-RPA;
- Harmonisation de l'utilisation Nosokos incluant les partenaires;
- Consolidation de la procédure d'audits d'hygiène des mains par la création d'une méthodologie et un calendrier;
- Consolidation des équipes PCI;
- Participation au congrès de l'association des infirmières en prévention et contrôle des infections. (AIFI);
- Poursuite de la gestion des cas COVID-19;
- Présence d'une équipe d'auditeurs et d'enquêteurs épidémiologiques;
- Travaux de consolidation de l'organisation de travail PCI et de la surveillance des infections nosocomiales afin de développer des outils tels que aide-mémoire, formations des conseillères, par la création de divers comités;
- Comité d'harmonisation des pratiques et outils PCI;
- Comité Nosokos;
- Comité outil de gestion éclosions;
- Comité levé des isolements;
- Comité de révision des tournées environnementales;
- Comité Intranet;
- Comité régional des RPA;
- Comité régional hygiène des mains.

Au-delà des actions réalisées spécifiquement pour la pandémie, le service de la PCI a maintenu les surveillances obligatoires des infections de DACD, SARM, ERV, BGNPC et des bactériémies nosocomiales. Certaines données sont diffusées à l'organisation dans un bilan trimestriel.

L'année 2022-2023 se termine à un retour quasi normal des activités cliniques. Plusieurs mesures rehaussées de prévention et contrôle des infections (ex. : cohortes, zones, cloisons, levée des éclosions) mises en place durant les vagues précédentes de la COVID-19 sont en révision afin d'assurer une meilleure fluidité des activités cliniques.

Apprendre à vivre avec le virus demande une saine gestion du risque en respectant les principes de base en prévention et contrôle des infections notamment, avoir une hygiène des mains exemplaire, porter les équipements de protection individuelle adaptés à la situation clinique et respecter les consignes d'isolement selon le type de pathogène.

## Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1 de la LSSSS)

L'application exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle au CISSS de la Montérégie-Est demeure une préoccupation constante des équipes de gestionnaires et des équipes de soins. D'ailleurs, les protocoles d'application des mesures de contrôle ont fait partie intégrante d'un projet stratégique dont le déploiement s'est conclu. Par conséquent, les principes directeurs et les balises du protocole ont été transmis, un plan de formation a été diffusé et du soutien clinique a été effectué sur les unités de notre organisation pour outiller le personnel dans l'application des protocoles. De plus, différents outils encadrant la pratique ont été créés dans une perspective d'amélioration continue. Le CISSS de la Montérégie-Est est également instigateur d'une formation continue partagée provinciale relative à l'installation sécuritaire des contentions selon les meilleures pratiques, et ce, dans un souci continu d'optimiser la sécurité de la clientèle.

### Mesures de contrôle

#### Volet hospitalier

En milieu hospitalier, tout comme l'an dernier, une mesure de prévalence relative à l'utilisation des mesures de contrôle a été effectuée selon laquelle il est observé une augmentation par rapport aux deux dernières années, mais globalement, une faible utilisation. Le taux de mesure de contrôle dans les trois hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Est est passé de 2,0 % en 2021, à 1,7 % en 2022 et à 4,20 % en 2023. L'utilisation des ridelles représente 71 % des contentions utilisées, suivie par 23 % pour la ceinture abdominale magnétique. Préalablement à l'application d'une mesure de contrôle, il est observé que les mesures préventives et de remplacement sont en tout temps privilégiées dans les trois hôpitaux.

#### Volet hébergement

Les centres d'hébergement du CISSS assurent une vigie constante sur les meilleures pratiques afin de minimiser au maximum l'utilisation des mesures de contrôle. La présence des mesures de contrôles dans les situations d'exceptions est constamment analysée en équipe interdisciplinaire et discutée lors de chacun des caucus-qualité quotidiens. Nous maintenons également la prise de décision partagée en interdisciplinarité incluant le résident et sa famille afin de prendre la meilleure décision selon le besoin et la volonté du résident et de sa famille.

#### Volet jeunesse

##### Fugues, isolements, contentions

	2021-2022	2022-2023
Jours présence	130 885	132 289
Nombre de jeunes hébergés	949	1 009
Fugues		
Nombre de fugues	1 107	2 536
Nombre de fugeurs différents	212	287
Ratio (fug./j.héb. diff.)	22 %	28 %
Isolements		
Nombre d'isolements	5 387	6 172
Nombre de jeunes différents	228	241
Ratio (j. iso/j. héb. diff.)	24 %	23 %
Contentions		
Nombre de contentions	6 072	6 334
Nombre de jeunes différents	267	310
Ratio (j. con./j. héb. diff.)	28 %	30 %
Encadrement intensif		
Nombre d'admissions en E.I.	103	133
Nombre de jeunes différents	70	87
Ratio (j. e.i./j. héb. diff.)	7,4 %	8,6 %

Bien qu'en augmentation, le nombre de mesures d'isolement et de contention est demeuré relativement stable, si on tient compte de l'augmentation du taux d'occupation. Plusieurs facteurs tant cliniques (complexité de la clientèle, réponse non-optimale aux besoins) qu'administratifs (pénurie et inexpérience du personnel et taux

d'occupation élevé) expliquent le nombre de mesures. Les efforts se poursuivent pour diminuer le recours aux mesures de contrôle et se traduisent en actions concrètes :

- Implantation de l'approche centrée sur le trauma complexe en collaboration avec la Dre Delphine Collin-Vézina;
- Stabilisation du personnel (titularisation, horaires atypiques, etc.);
- Coaching dans l'action;
- Ajout des agents d'intervention dans l'équipe éducative;
- Augmentation du taux d'encadrement afin de favoriser la gestion de proximité.

En regard de la fugue, outre ce qui est mentionné précédemment, un changement de la modalité de saisie des données explique cette importante hausse. On ne dénombre pas nécessairement plus de fugues, mais on en comptabilise plus, car auparavant certaines fugues étaient comptées comme étant des sorties non-autorisées.

### Le recours aux mesures d'isolement et de contention

Les mesures de contention concernent principalement les jeunes hébergés en RI. Tout comme l'année passée, une baisse du nombre de contentions en ressources intermédiaires a été observée. Un travail constant est fait auprès des milieux de vie afin d'utiliser des moyens alternatifs et éviter le recours à la contention.

Certaines situations nécessitent néanmoins le recours à la contention. Les contentions appliquées concernent un petit nombre de jeunes, soit 13. L'analyse nous permet de constater qu'il s'agit une fois de plus majoritairement d'un épisode circonscrit dans le temps, qui est en lien avec un événement particulier, où après intervention, celui-ci s'apaise et répond positivement à l'intervention.

Pour d'autres, nous constatons que leurs besoins sont plus grands et nécessitent davantage d'encadrement. Dans ces situations, des discussions sont faites avec les différents intervenants gravitant autour de ces enfants afin d'identifier le milieu de vie qui répondra davantage aux différents besoins de l'enfant.

## Mesures de contention en RI – Programme jeunesse - services psychosociaux à la communauté et partenariat

		2021-2022	2022-2023
Nombre de jeunes différents hébergés en RI et RTF	Total	1 692	1 873
Mesures de contention RI/ RTF	Cumulatif	84	54

## Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité suite aux recommandations formulées par les instances suivantes

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

### Aperçu des thématiques abordées par les recommandations et résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Motifs	Nombre de recommandations	Exemples de mesures mises en place
Accessibilité	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réviser le temps alloué au chèque emploi-service de l'utilisateur</li> <li>• Informer l'équipe du mécanisme d'accès à l'hébergement de l'importance de tenir compte du type de fauteuil roulant motorisé dans l'orientation du dossier de l'utilisateur lors d'une demande d'hébergement dans une RI</li> </ul>

Motifs	Nombre de recommandations	Exemples de mesures mises en place
<b>Aspect financier</b>	44	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rappel aux employés de toujours référer les usagers et leurs proches à l'admission pour les frais de chambre</li> <li>Renverser la facturation du choix de chambre, car l'usager n'était pas en état de prendre une décision éclairée</li> <li>Mettre en place un mécanisme de concertation qui encadre la décision d'émettre une facture lors d'un bris de biens fait par un usager hospitalisé sur une unité de santé mentale</li> </ul>
<b>Droits particuliers</b>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre un rappel visuel sur les civières à l'urgence pour les usagers avec un handicap visuel</li> </ul>
<b>Maltraitance (Loi)</b>	1	
<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibiliser les infirmières du centre de prélèvement à bien lire les requêtes et consulter l'ASI pour du soutien s'il y a ambiguïté à la lecture de la requête</li> </ul>
<b>Relations interpersonnelles</b>	0	
<b>Soins et services dispensés</b>	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rappeler au personnel d'assister l'usager qui a des problèmes cognitifs pour la médication et les repas</li> <li>Sensibiliser les infirmières du centre de prélèvement à bien lire les requêtes et de consulter l'ASI pour du soutien s'il y a ambiguïté à la lecture de la requête</li> <li>Faire un plan d'accompagnement du développement des compétences afin d'assurer les méthodes de soins appropriés lors de soins de plaie chirurgicale</li> </ul>
<b>Autre</b>	0	
<b>TOTAL</b>	59	

De plus amples informations sont disponibles dans le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

## Protecteur du citoyen

### Liste des recommandations adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Recommandation	Suivi
Prioriser les filles de madame dans l'octroi de services psychologiques.	Référence personnalisée faite pour le service en psychologie.
Informers le psychologue mandaté de l'interprétation de madame en regard de la situation familiale de même que celle de la DPJ afin que ledit professionnel puisse agir en connaissance de cause.	Le psychologue a été informé.

Recommandation	Suivi
Rappeler aux intervenants de l'urgence les conditions qui leur permettent d'utiliser les ridelles.	L'équipe a été rencontrée par les conseillères en soins infirmiers pour reprendre les modalités permettant la mise en place de ridelles.  La gestionnaire a également repris le tout lors d'une rencontre ainsi que dans le petit journal de communication avec l'équipe.
Ajouter dans la politique sur les mesures de contrôle de l'établissement qu'il est possible d'utiliser les ridelles lorsque l'état de la personne le nécessite.	La modification a été faite dans l'annexe 1 du protocole de l'application des mesures de contrôle.
Offrir la formation « Approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier » aux intervenants de l'urgence.	Un devis de formation a été complété. La formation est disponible pour le personnel sur une plateforme provinciale de formation en ligne.
Rembourser à l'usager les frais encourus pour les traitements de physiothérapie pour l'entorse sternoclaviculaire subie à la suite de la chute survenue à l'urgence.	L'usager a été remboursé.
Informers les équipes de soins de l'ensemble des centres d'hébergement et de soins de longue durée de son territoire de la procédure administrative à suivre en cas de demande d'autopsie par la famille, notamment sur les recours en cas de refus du médecin.	Retour fait auprès de l'équipe de gestion. Le formulaire, la procédure et un aide-mémoire ont été remis. Les outils sont présentement en diffusion auprès des infirmières de tous les CHSLD.
Sensibiliser l'infirmière concernée sur les aspects suivants : l'importance d'avoir en tout temps une attitude ouverte et empathique avec les usagers et usagères, l'importance de tenir compte de l'intensité de la douleur exprimée par l'usager ou l'usagère lors de l'évaluation rapide et d'intervenir en conséquence.	L'infirmière a été sensibilisée aux différents aspects rapportés par le Protecteur du citoyen.
Prendre les mesures nécessaires afin que le personnel infirmier au triage ait la possibilité de prendre des signes vitaux d'une personne allongée sur la table d'examen dans une salle de triage à l'urgence.	L'organisation spatiale a été revue afin de permettre la prise des signes vitaux d'une personne sur une civière dans une salle de triage.
Mettre en place les services nécessaires au maintien à domicile de l'usagère en respect des recommandations professionnelles en démontrant de la flexibilité quant au maximum budgétaire disponible par personne.	L'offre de service a été revue à la hausse afin de mieux répondre aux besoins de l'usagère et soutenir le proche aidant.
Fournir une deuxième hygiène complète, et ce, dès maintenant.	La mesure est mise en place.

Recommandation	Suivi
Préciser le cadre de référence pour l'attribution des services en soutien à domicile, afin d'assurer que l'octroi d'une deuxième hygiène complète soit favorisé dès qu'une évaluation des besoins globaux d'un usager, tant psychosociaux que physiques, démontre qu'il vit un malaise lié au manque d'hygiène.	Le cadre de référence a été précisé en ce sens et une attention particulière a également été apportée afin de tenir compte de la condition du proche aidant.
S'assurer que le comité d'allocation applique le cadre de référence pour l'attribution des services en soutien à domicile avec toute la souplesse requise pour s'adapter aux besoins particuliers tant psychosociaux que physiques de chaque usager notamment en accordant au jugement professionnel des intervenants toute l'importance qui lui est due.	La spécification a été mise dans le cadre de référence sur l'importance à accorder au jugement professionnel.
Annuler les frais de chambre qui ont été facturés à l'usager.	La note de crédit a été postée à qui de droit le 23 mars 2023.
Modifier la section Nécessité médicale du document ayant pour objet : compte-rendu des propos à prononcer (verbatim) lors d'un choix de chambre afin que les informations qui doivent être données aux usagers et aux usagères respectent le principe du choix éclairé.	Échéancier après le 31 mars 2023
Informier le personnel administratif du service de l'accueil/admission des modifications apportées au compte-rendu des propos à prononcer (verbatim) lors d'un choix de chambre et s'assurer que ces derniers en saisissent le contenu à présenter, notamment lorsqu'une chambre est médicalement requise.	Échéancier après le 31 mars 2023
S'assurer que l'affiche apposée lors de la fermeture du service de l'admission au rez-de-chaussée de l'Hôpital Honoré-Mercier indique la procédure à suivre pour la modification d'un choix de chambre en dehors des heures d'ouverture.	Échéancier après le 31 mars 2023
S'assurer que le message d'accueil du poste téléphonique indiqué sur le formulaire de choix de chambre de l'Hôpital Honoré-Mercier soit modifié afin d'indiquer la procédure à suivre pour la modification d'un choix de chambre en dehors des heures d'ouverture.	Échéancier après le 31 mars 2023

Recommandation	Suivi
Élaborer un plan de rattrapage clinique visant notamment à : <ul style="list-style-type: none"> <li>Réanimer les protocoles portant sur les mesures de contrôle et les mesures disciplinaires;</li> <li>Planifier la dispensation d'une formation spécifique à ce sujet aux nouveaux éducateurs assignés sur l'unité « le Sentier »;</li> <li>Prévoir des mesures de vérification afin de s'assurer de l'appropriation des bonnes pratiques;</li> <li>S'assurer que le personnel obtienne l'autorisation préalable d'un cadre pour l'application de chaque mesure (ou sa poursuite, le cas échéant).</li> </ul>	<p>Le protocole (mesures de contrôle) et les politiques/procédure (mesures disciplinaires) sont animés en réunion d'équipe deux fois par année.</p> <p>Chaque nouvel éducateur est rencontré par le chef de service à leur arrivée afin de s'assurer de la connaissance du protocole et des politiques et procédures.</p> <p>Le cahier info-réadaptation est à jour et disponible.</p> <p>L'annexe 2 concernant l'algorithme (application d'une mesure de contrôle) est affichée dans le bureau des éducateurs.</p> <p>Le personnel est accompagné et supervisé par la chef du Sentier dans l'application des mesures.</p> <p>La chef du Sentier s'assure que le personnel obtienne l'autorisation préalable avant l'application de la mesure.</p>
	<p>La chef consulte quotidiennement les rapports de permanence et effectue les vérifications et suivis si des écarts sont constatés dans l'application des mesures de contrôle et disciplinaires.</p> <p>Les mesures de contrôle sont validées par la chef du Sentier. Les suivis sont faits auprès des éducateurs concernés en cas d'écarts constatés.</p> <p>La chef s'assure qu'une mesure est saisie dans PIJ pour chaque rapport d'événement produit par l'équipe de sécurité.</p>
Prendre les moyens afin que les agents d'intervention jouent un rôle accru dans l'application des mesures disciplinaires et de contrôle, notamment par une présence plus significative au sein de l'unité.	<p>Les agents et les chefs de permanence ont été interpellés afin de se présenter de façon plus accrue en soutien lors de leur présence.</p> <p>Un concept d'agent pivot a été mis en place. Plusieurs rencontres ont été tenues entre les gestionnaires afin d'uniformiser les pratiques et effectuer un suivi rigoureux des interventions appliquées auprès des enfants, de clarifier l'utilisation de certaines techniques ITCA.</p> <p>L'application de moyens alternatifs (utilisation d'objets proprioceptifs, activités sensorielles...) a été animée auprès des agents et des éducateurs.</p>

Recommandation	Suivi
Sensibiliser le personnel à rapporter toutes pratiques dérogatoires à leur gestionnaire.	Cette recommandation a été actualisée auprès des gestionnaires le 12 mai 2022 lors d'un comité de gestion élargie qui à leur tour, l'a animé auprès de leurs équipes respectives.
Évaluer les effets du projet pilote en ce qui a trait à la modélisation des horaires atypiques sur la stabilité du personnel.	Échéancier après le 31 mars 2023
Produire une analyse sur la gestion des risques en regard de l'utilisation des salles du bloc de retrait pour la clientèle infantile (notamment pour définir leur vocation) ainsi que pour définir l'utilisation des salles Bao et Camino et modifier les politiques et protocoles en conséquence, le cas échéant.	<p>Une évaluation des salles Bao et Camino situées dans l'unité le Sentier a été réalisée. La salle Bao demeure une salle d'apaisement utilisée.</p> <p>La salle Camino quant à elle demeure inutilisée et sera transformée en salle de rencontre/activités. Par ailleurs, l'analyse a été effectuée dans le but d'adapter le projet SPACE afin qu'il puisse être également sur le campus du 1251, rue Beauregard.</p>
Procéder à des rénovations ainsi qu'au réaménagement des salles du bloc de retrait au cours de l'année 2023.	Échéancier après le 31 mars 2023
Mettre en place un système de parrainage entre les éducateurs expérimentés et les éducateurs plus récemment assignés sur l'unité afin de les soutenir dans l'application du cadre clinique.	<p>Une journée d'intégration est mise en place pour chaque nouvel éducateur.</p> <p>Un cahier info-réadaptation est utilisé comme outil de référence pour l'intégration d'un nouvel éducateur au sentier.</p> <p>L'éducateur régulier/parrain assigné à l'accueil d'un nouvel employé est désigné comme l'éducateur de référence et d'accompagnement de celui-ci pour le premier mois de travail à l'unité.</p> <p>L'éducateur « coach dans l'action » participe à l'intégration du nouvel éducateur en collaboration avec le chef et l'éducateur régulier/parrain.</p>
Prendre les moyens appropriés afin de s'assurer que les nouveaux éducateurs consultent le cartable d'informations disponible sur l'unité dans le but de se familiariser avec le cadre clinique et de s'approprier les grilles de signes précurseurs élaborés spécifiquement pour chacun des enfants hébergés.	<p>Le cartable info-réadaptation est à jour et disponible dans le cartable info-réadaptation dans le bureau des éducateurs.</p> <p>Chaque nouvel éducateur bénéficie d'une journée d'intégration à son arrivée comprenant une rencontre avec la chef de service et un pairage pour l'ensemble de la journée avec un éducateur régulier.</p> <p>Des fiches synthèses sont disponibles dans le cahier de bord (informations importantes à consulter avant chaque quart de travail)</p>

Recommandation	Suivi
Établir un échéancier au soutien de la reprise des services liés au transfert des acquis, comme défini dans le cadre clinique de l'unité.	Échéancier après le 31 mars 2023
Établir une norme de rédaction claire pour les expertises psychosociales qui prévoit une précision de la provenance des propos rapportés dans chaque partie des rapports	Un nouveau canevas de rapport a été mis en place et présenté lors de la réunion d'équipe du service d'expertise psychosociale. Des instructions concernant le contenu et la façon d'écrire le rapport ont également été présentées et une vigie a été apportée dans les rapports.
Rappeler aux intervenants réalisant des expertises psychosociales leur obligation de rencontrer individuellement chaque enfant, tel que prescrit dans les lignes directrices pour l'expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès.	Un point de rappel a été fait et animé auprès de l'équipe du service d'expertise psychosociale de la Direction de la protection de la jeunesse lors de la réunion de service.

## Coroner

### Liste des recommandations adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Le CISSS de la Montérégie-Est a reçu deux rapports d'investigation du coroner au cours de la dernière année, dont les recommandations lui étaient spécifiquement adressées.

Le premier rapport du coroner concerne une recommandation relative à la révision du processus décisionnel en lien avec les autorisations de transfert en résidence pour personnes autonomes ainsi que les évaluations en vue de cibler la ressource adéquate et les services requis, et le cas échéant, l'instauration des mesures requises pour éviter la récurrence de l'événement. En conformité avec cette recommandation, le CISSS de la Montérégie-Est a procédé à la mise en place d'un comité d'analyse afin de réviser le processus décisionnel. L'analyse a permis de constater que les interventions étaient conformes. Néanmoins, les actions d'amélioration continue suivantes ont été mises en place dans le but d'optimiser la démarche :

- Attribution de professionnels assignés et présents sur chaque unité en médecine et en chirurgie;
- Tenue de réunions éclairées quotidiennes dans le but de mieux coordonner le séjour hospitalier et planifier l'orientation au départ;
- Maintien des processus de transmission d'information sur la condition de l'usager et les évaluations entre les différents intervenants.

Le second rapport du coroner concerne une recommandation en lien avec le processus d'intervention en cas de réanimation notamment dans les situations d'obstructions des voies respiratoires chez les résidents en hébergement. En conformité avec cette recommandation, le CISSS a procédé au développement et au déploiement d'une boîte à outils et des capsules de formation portant sur la détection précoce et le dépistage de la dysphagie ainsi que sur l'intervention en contexte d'étouffement et post étouffement.

Le CISSS de la Montérégie-Est a également reçu le rapport émanant de l'enquête publique du coroner concernant les décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec. Le rapport comporte quatre recommandations adressées aux CISSS et CIUSSS, qui ont été prises en considération et réalisées par le CISSS de la Montérégie-Est à l'exception d'une dont le CISSS est en attente d'un suivi du MSSS :

- Assurer dans les CHSLD la présence suffisante d'infirmières spécialisées en PCI afin que celles-ci puissent être présentes dans les opérations quotidiennes et d'en assurer la pérennité;
- S'assurer de planifier des simulations en lien avec les plans de pandémie de manière triennale;
- Offrir la formation quant à la tenue des dossiers médicaux et faire des suivis périodiques;
- S'assurer de l'encadrement nécessaire justifiant le recours aux protocoles de détresse et à la sédation palliative dans un contexte de soins aigus.

Finalement, le CISSS de la Montérégie-Est a reçu le deuxième rapport annuel du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale du Bureau du coroner, Agir ensemble pour sauver des vies. Une des 25 recommandations formulées s'adressait à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. La recommandation est en lien avec la formation des personnes agissant comme médiateurs et médiatrices tant en matière familiale, en matière de droit de la jeunesse qu'en matière de droit criminel sur la problématique de l'exposition des enfants à la violence conjugale. En réponse à la recommandation, tous les intervenants du secteur services généraux ont participé à la formation Violence conjugale et tous les intervenants des secteurs Accueil-Analyse-Orientation-Référence (AAOR) et du centre de crise sont formés à la gestion du risque d'homicide. De plus, le CISSS de la Montérégie-Est a procédé, à titre de projet pilote, à l'implantation de la médiation dans le processus d'intervention en protection de la jeunesse.

Par ailleurs, bien qu'une seule recommandation s'adressait aux CISSS et aux CIUSSS, des actions déployées par le CISSS de la Montérégie-Est s'inscrivent aussi dans l'esprit des autres recommandations émises dans le rapport notamment l'implantation des cellules d'intervention rapides dans les trois RLS, le déploiement du programme sur l'approche sociojudiciaire et la révision de l'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, d'abus physique, ou de négligence grave.

#### Autres instances

### Principales recommandations et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

#### Visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie

Afin d'assurer un suivi de la qualité des services offerts dans les différents milieux de vie, le ministre de la Santé et des Services sociaux procède à des visites fréquentes d'évaluation dans les différents centres d'hébergement. Ces visites servent à s'assurer que toute personne qui vit dans un milieu de vie substitut rattaché ou faisant partie du réseau public puisse bénéficier de services adéquats et d'un environnement de qualité.

L'ensemble des rapports des visites d'évaluation de la qualité ainsi que les plans d'amélioration de l'établissement sont conformes à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ils sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

#### Suivi des visites ministérielles en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Le nouveau cycle de visites ministérielles débute au 1<sup>er</sup> avril 2023, nous n'avons pas eu de visite dans l'année 2022-2023 car nos sites avaient tous eu leur visite dans les années précédentes.

#### Inspections professionnelles en soins infirmiers

En vertu du code des professions, les ordres professionnels ont la responsabilité de protéger le public et donc de faire la surveillance de l'exercice de la profession dont il encadre le rôle. L'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) a modifié dans les dernières années le fonctionnement, de sorte que les inspections se font de manière individuelle, nous n'avons donc pas de données à cet effet. En ce qui concerne l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ), nous avons quatre résidences pour personnes âgées (RPA) sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Est qui ont été visitées. La Direction des soins infirmiers a été saisie des rapports et travaille en partenariat avec eux.

Aucune autre inspection professionnelle n'a eu lieu au cours de la dernière année et aucune recommandation n'est donc en suivi au niveau des professionnels en soins.

#### Visite du Vérificateur général du Québec

Le plan d'action a été complété et déposé en janvier 2023 au Vérificateur général du Québec. Celui-ci devrait émettre ses conclusions finales durant la prochaine année. Le plan d'action avait été mis en place à la suite de sa visite en 2019. En 2021-2022, 80 % des actions avaient été réalisées, malgré la pandémie.



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

Au cours de l'année 2022-2023, les mises sous garde du CISSS de la Montérégie-Est se dénombrent comme suit :

Établissement/installation	Mission Centre hospitalier (CH)	Total pour l'établissement 2022-2023
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	746	746
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	345
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	319	319
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présenté au tribunal par l'établissement	Sans objet	272
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	198	198

## L'examen des plaintes et la promotion des droits

La population peut accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et le respect de ses droits en consultant le site Internet : [www.santeme.quebec](http://www.santeme.quebec).

## L'information et la consultation de la population

Trois modalités ont été utilisées au courant de la dernière année pour recueillir la voix des usagers et de leurs proches, à savoir les sondages sur l'expérience vécue des usagers, l'implication d'usagers ressources et le sondage portant sur l'expérience usager d'Agrément Canada

### Sondages sur l'expérience client et de satisfaction au CISSS de la Montérégie-Est

Un nombre de 5 274 usagers ont répondu, au cours de l'année 2022-2023, à différents sondages pour mesurer leur expérience vécue des soins et des services reçus ainsi que leur niveau de satisfaction au regard de la qualité des soins et des services.

### Sondages organisationnels

Un nombre de 3 624 usagers ont répondu à différents sondages internes, tant en milieu hospitalier, qu'en centre d'hébergement, en CLSC, à domicile, au sein d'une mission ou d'un projet spécifique au sein du CISSS.

#### Hôpitaux

- Sondage sur l'expérience générale vécue par les usagers ayant reçu des soins et des services dans les trois hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers ayant fait l'objet d'un examen endoscopique du CISSS de la Montérégie-Est;

- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers de la salle d'induction d'un des trois hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers en hémodialyse au CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers des unités de courte durée en gériatrie (UCDG) du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers hospitalisés dans une unité de courte durée de santé mentale au CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les usagères des centres mère-enfant du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers des centres mère-enfant (soins néonataux) du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage de la satisfaction sur la prise de rendez-vous pour la clientèle des centres de prélèvements extrahospitaliers;
- Sondage de l'expérience des usagers dans le cadre du programme de prévention et réadaptation cardio métabolique du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage de l'expérience des usagers ayant abandonné le programme de prévention et réadaptation cardio métabolique du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage de l'expérience des usagers dans le cadre du programme de réadaptation pulmonaire du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage de l'expérience des usagers ayant abandonné le programme de réadaptation pulmonaire du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience des usagers ayant eu recours à un service en télésanté au CISSS de la Montérégie-Est (2021-2022).

#### GMF-U

- Sondage sur l'expérience générale vécue par les usagers du groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) Richelieu-Yamaska du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue des usagers du Centre médical Longueuil du CISSS de la Montérégie-Est (2022-2023).

#### CHSLD

Quatre sondages en continu et un spécifique concernant l'activité repas ont été réalisés pour les usagers des centres d'hébergement de soins de longue durée :

- Sondage sur l'expérience vécue du nouveau résident (ou son représentant) lors de l'admission dans un CHSLD du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue du résident (ou son représentant) lors de la rencontre pour le plan d'intervention interdisciplinaire dans CHSLD du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue du résident (ou son représentant) sur les soins et les services reçus pendant son séjour dans CHSLD du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les proches concernant les soins et les services de fin de vie pour un résident dans CHSLD du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers pour l'activité repas en CHSLD.

#### Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

- Un sondage en continu sur l'expérience vécue par les usagers ayant reçu des services à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive à l'unité du verger au Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe du CISSS de la Montérégie-Est.

#### CLSC

- Sondage sur l'expérience générale vécue par les usagers ayant reçu des soins et services à domicile du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers des services psychosociaux généraux du CISSS de la Montérégie-Est;

- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers ayant reçu des services dans une clinique de développement de la petite enfance ou une clinique d'évaluation du trouble du spectre de l'autisme du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers ayant reçu des services à domicile par l'équipe de la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers ayant reçu des services de suivi postnatal en clinique ou à domicile au CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage en continu auprès des usagers inscrits au programme de soins intensifs à domicile (SIAD).

#### JEUNESSE

- Sondage sur l'expérience de la clientèle Jeunesse en télésanté;
- Sondage de la satisfaction sur l'accessibilité de la clientèle ayant reçu un premier service de l'accès jeunesse du territoire du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage de la satisfaction des usagers ayant reçu un suivi à court terme offert par le service d'accès jeunesse du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage de la satisfaction de la clientèle de groupe fréquentant les programmes jeunes en difficulté (JED) du territoire du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage de satisfaction pour les postulants - familles d'accueil ayant participé à une séance d'informations du CISSS de la Montérégie-Est;
- Sondage de satisfaction de participation aux activités de groupe pour les usagers des services jeunesse des territoires du CISSS de la Montérégie-Est.

#### TRANSPORT

- Sondage sur l'expérience vécue par les usagers du service de transport médical adapté interne du CISSS de la Montérégie-Est.

#### Sondage de l'expérience de l'utilisateur d'Agrément Canada

C'est entre le 1<sup>er</sup> mai et le 30 juin 2022, dans différents programmes et services du CISSS, qu'a eu lieu le déploiement de ce sondage. Ce dernier, anonyme et confidentiel, a permis à 1 650 usagers de donner notamment leur avis sur :

- Leur accueil dans les services;
- La propreté et la sécurité des lieux;
- Le respect, la courtoisie et l'écoute des médecins et autres professionnels;
- Les explications qui leur ont été données concernant leurs soins et leurs traitements;
- Le respect de leurs droits à titre d'utilisateur ou de résident dans une des installations.

#### USAGER RESSOURCE

Dans le cadre du déploiement de l'approche de partenariat de soins et de services, des usagers participent à différents projets sur l'organisation et l'amélioration des soins et des services. Un usager-ressource est une personne qui contribue à l'amélioration de l'expérience des usagers en milieux de soins ou de services et à leur qualité de vie par le partage de son expérience.

À ce titre, 38 usagers ressources ont collaboré au sein de comités, de groupes de travail ou d'ateliers de 5 projets différents menés dans cinq directions et programmes : Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA), Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP), Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD), Direction du programme jeunesse et des activités de santé publique (DPJASP) et Direction des services professionnels (DSP).

#### LES SERVICES EN ÉTHIQUE 2022-2023

Le CISSS de la Montérégie-Est a développé, au cours des années, des services en éthique visant à répondre aux questionnements et problématiques éthiques vécues par les intervenants, les usagers ou leurs proches lors d'une prestation de soins et de services. Les services en éthique ont répondu cette année à 125 demandes de consultations. Chaque intervention éthique s'est effectuée en s'appuyant sur les valeurs phares de l'organisation. Ces services ont aussi développé 10 activités de formation et sensibilisation.



# Application de la politique portant sur les soins de fin de vie



## Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

La Loi concernant les soins de fin de vie a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances. De plus, cette Loi reconnaît la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

Des personnes se sont prévaluées de cette offre de soins. Le tableau suivant présente les données couvrant la période du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023.

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie		
Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	4 376
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	83
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	660
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	425
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs*	235

\*Motifs : 76 usagers sont décédés avant de recevoir l'aide médicale à mourir; 37 usagers ne correspondaient pas aux critères et 18 ont cessé d'y répondre; 41 usagers ont retiré leur demande, 43 usagers sont toujours en cours d'évaluation ou de processus et 20 usagers ont transféré vers un autre établissement.

N. B. Les données contenues dans le rapport sur la Politique portant sur les soins de fin de vie sont disponibles sur le site Internet de l'établissement.



## Ressources humaines



## Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné

### Nombre de personnes occupant un emploi dans l'établissement et nombre d'équivalents temps complet (ETC)

	Nombre d'emplois au 31 mars 2022			Nombre d'ETC en 2021-2022		
	2022	2022 COVID-19	2022 Total	2022	2022 COVID-19	2022 Total
1. Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 833	252	4 085	3 048	138	3 186
2. Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	4 258	739	4 997	3 318	397	3 715
3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 742	258	2 000	1 524	163	1 687
4. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	3 318	88	3 406	2 789	52	2 841
5. Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	82	1	83	61	1	62
6. Personnel d'encadrement	508	20	528	505	14	520
7. Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	-	95	95	-	48	48
<b>Total</b>	<b>13 741</b>	<b>1 453</b>	<b>15 194</b>	<b>11 245</b>	<b>813</b>	<b>12 058</b>

\* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les médecins, les sages-femmes et les étudiants.

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

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

## Gestion et contrôle des effectifs

Compte tenu de la pandémie, l'établissement avait pour l'année 2022-2023, une cible de 23 609 591 heures rémunérées en suivi de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État. Considérant que le nombre d'heures rémunérées incluant la rémunération en lien avec la pandémie a été de 23 774 407, il y a donc un surplus de 164 816 heures par rapport à l'année de référence 2014-2015.

L'augmentation des heures d'assurance-salaire, d'assignations temporaires, d'orientations et de formations ont eu un impact important sur les heures rémunérées. L'ajout de ressources humaines pour rendre des services qui étaient antérieurement rendus par des fournisseurs (avocats, main-d'œuvre indépendante (MOI) et centrales de transport) s'est traduit par une augmentation des heures rémunérées. Avec la fin de l'urgence sanitaire, nous prévoyons une réduction des heures d'assurance-salaire pour atteindre la cible établie.

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs			
11045309 - CISSS de la Montérégie-Est	Comparaison sur 364 jours pour 2021-2022		
	2022-03-27 au 2023-03-25		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1. Personnel d'encadrement	994 010	26 912	1 020 922
2. Personnel professionnel	3 290 057	68 384	3 358 442
3. Personnel infirmier	5 647 386	434 632	6 082 018
4. Personnel de bureau, technicien et assimilé	10 401 516	577 109	10 978 625
5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 118 844	103 072	2 221 917
6. Étudiants et stagiaires	109 800	2 685	112 485
<b>Total 2022-2023</b>	<b>22 561 613</b>	<b>1 212 794</b>	<b>23 774 407</b>
<b>Total 2021-2022</b>			<b>23 348 272</b>

**Cible 2022-2023** | **23 609 591**

**Écart** | **(164 817)**

**Écart en %** | **0,7 %**

# Ressources financières



## Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

### Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
<b>Programmes-services</b>						
Santé publique	61 674 727 \$	3,97 %	29 503 974 \$	1,93 %	(32 170 753 \$)	-52,00 %
Services généraux - activités cliniques et aide	59 114 683 \$	3,80 %	73 692 438 \$	4,81 %	14 577 755 \$	25,00 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	347 847 869 \$	22,37 %	343 300 018 \$	22,42 %	(4 547 851 \$)	-1,00 %
Déficience physique	27 680 763 \$	1,78 %	27 174 236 \$	1,77 %	(506 527 \$)	-2,00 %
Déficience intellectuelle et TSA	13 320 290 \$	0,86 %	15 806 158 \$	1,03 %	2 485 868 \$	19,00 %
Jeunes en difficulté	230 727 224 \$	14,84 %	230 728 792 \$	15,07 %	1 568 \$	0,00 %
Dépendances	360 530 \$	0,02 %	1 001 182 \$	0,07 %	640 652 \$	178,00 %
Santé mentale	82 504 399 \$	5,31 %	80 283 425 \$	5,24 %	(2 220 974 \$)	-3,00 %
Santé physique	425 193 056 \$	27,35 %	422 790 403 \$	27,61 %	(2 402 653 \$)	-1,00 %
<b>Programme soutien</b>						
Administration	78 841 589 \$	5,07 %	77 230 579 \$	5,04 %	(1 611 010 \$)	-2,00 %
Soutien aux services	125 999 637 \$	8,10 %	128 703 468 \$	8,40 %	2 703 831 \$	2,00 %
Gestion des bâtiments et des équipements	101 605 501 \$	6,53 %	101 180 120 \$	6,61 %	(425 381 \$)	0,00 %
<b>Total</b>	<b>1 554 870 268 \$</b>	<b>100 %</b>	<b>1 531 394 793 \$</b>	<b>100 %</b>	<b>(23 475 475 \$)</b>	

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

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

La population peut consulter les états financiers de l'établissement, inclus dans le rapport financier annuel AS-471, sur le site Internet [www.santeme.quebec](http://www.santeme.quebec) pour plus d'information sur les ressources financières.

### L'équilibre budgétaire

Le CISSS de la Montérégie-Est a atteint l'objectif du maintien de l'équilibre budgétaire pour l'année se terminant le 31 mars 2023. En effet, les résultats combinés du fonds d'exploitation et du fonds d'immobilisation se terminent par un surplus de 38 009 251 \$ tel que présenté à la page 200 du rapport AS-471.

L'année financière 2022-2023 a encore été affectée par la poursuite des activités en lien avec la pandémie de la COVID-19 ainsi que par plusieurs développements de service suite à la reprise des activités post pandémiques. Bien que la totalité des dépenses liées à la pandémie ont été financées par le MSSS, certains financements de projets et de développements devront être pérennisés.

La variation importante des dépenses dans les directions de santé publique et de santé physique reflète principalement les dépenses liées à la pandémie. La variation des dépenses de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées représente les investissements importants dans les services à domicile ainsi que dans l'ouverture de lits transitoires en gériatrie. En réponse à la volonté du MSSS d'assurer des services sécuritaires et de

qualité à la clientèle de jeunes en difficultés, plusieurs développements de services ont été mis en place notamment, les aires ouvertes, des unités et des ressources intermédiaires supplémentaires ainsi que l'ajout de personnel supplémentaire à la Direction de la protection de la jeunesse.

L'établissement déclare s'être conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin de l'année financière.

## Les contrats de services

### Contrats de services, comportant des dépenses de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2022 et le 31 mars 2023

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>	14	755 191,91 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	173	77 141 502,48 \$
<b>Total des contrats de services</b>	<b>187</b>	<b>77 896 694,39 \$</b>

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

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



# Ressources informationnelles



## Ressources informationnelles

La reddition de comptes concernant les ressources informationnelles est présentée dans le rapport annuel de gestion du CISSS de la Montérégie-Centre.



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



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

exercice terminé le 31 mars 2023  
**ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT**

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
	2	3	4	5
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>				
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.				
Les éléments probants pour auditer les économies de coûts et les pertes de revenus n'ont pas été suffisants pour déterminer si des ajustements auraient dû être apportés aux montants consolidés à titre de revenus de subvention du MSSS ou à d'autres postes des états financiers au 31 mars 2021.				
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les outils de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>				
0500 Réserve				
2011-2012				
Transfert de propriété des immeubles de la Société québécoise des infrastructures en vertu du décret 435-2021 le 1er avril 2021.				
0600 Réserve				
2020-2021				
Il s'agit d'une limitation au niveau du travail de l'auditeur, dans aucune mesure à prendre.				
0600 Non réglé				

exercice terminé le 31 mars 2023  
**Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant**

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
<b>Rapport à la gouvernance</b>				

## La divulgation des actes répréhensibles

Il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué dans notre établissement durant l'année 2022-2023.

## Les organismes communautaires

La reddition de comptes concernant les organismes communautaires est présentée dans le rapport annuel de gestion du CISSS de la Montérégie-Centre.



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



## 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 :

- aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- 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 lobbysme (RLRQ, chapitre T-11.011).

### 3.

#### Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>1</sup>.

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

1. BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manoeuvre 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.

- 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 pros crit.

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

### 8.9 Biens et services de l'établissement

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

### 8.10 Avantages et cadeaux

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

### 8.11 Interventions inappropriées

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

## Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

### 9.

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

### 10.

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

### 11.

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

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

### 12.

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

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

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

**17.**  
Comité de gouvernance et d'éthique  
En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

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

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

**18.**  
Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

**19.**  
Processus disciplinaire  
**19.1**  
Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20.

**Notion d'indépendance**

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

21.

**Obligations en fin du mandat**

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

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



**Annexe I –**

**Engagement personnel et affirmation d'office du membre du conseil d'administration**

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

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

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

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

Signature \_\_\_\_\_ Date [aaaa-mm-jj] \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Nom du commissaire à l'assermentation \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**Annexe II –**

**Avis de bris du statut d'indépendance**

**AVIS SIGNÉ**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Annexe III –**

**Déclaration des intérêts du membre**

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

**1. Intérêts pécuniaires**

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

.....  
.....  
.....

**2. Titre d'administrateur**

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

.....  
.....  
.....

**3. Emploi**

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Annexe IV –**

**Déclaration des intérêts du président-directeur général**

Je, soussigné, ..... [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du ..... déclare les éléments suivants :

**1. Intérêts pécuniaires**

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

.....

.....

.....

**2. Titre d'administrateur**

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

.....

.....

.....

**3. Emploi**

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

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

.....

Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Annexe V –**

**Déclaration de conflit d'intérêts**

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**Annexe VI –**

**Signalement d'une situation de conflits d'intérêts**

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

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

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

.....  
Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

**Annexe VII –**

**Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen**

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

.....  
Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu



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

Québec 