

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018 2019

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière



Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
ISBN : 978-2-550-84340-5 (Format PDF)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Table des matières

1. Le message des autorités	1
2. La déclaration de fiabilité des données	3
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants	4
Présentation de l'établissement	4
La structure de l'organisation au 31 mars 2019	6
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances.....	7
Les faits saillants	19
Amélioration de l'accès aux services	22
Bonification de l'offre de service	30
Une organisation en mouvement	36
Le CISSS et ses partenaires du milieu.....	43
Le CISSS se démarque	46
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	48
Les attentes spécifiques (Chapitre III) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019	48
Évaluation de l'atteinte des engagements annuels (Chapitre IV) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019.....	55
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	85
L'agrément	85
La sécurité et la qualité des soins et des services.....	86
Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par diverses instances.....	88
Le nombre de mises sous garde selon la mission.....	95
L'examen des plaintes et la promotion des droits	95
L'information et la consultation de la population.....	95
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	97
7. Les ressources humaines.....	99
La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement.....	99
8. Les ressources financières.....	101
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	101
Résultats des opérations et maintien de l'équilibre budgétaire.....	102
Les contrats de service	102
9. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	103
10. La divulgation des actes répréhensibles.....	106
11. Les organismes communautaires.....	107
Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	113

1. Le message des autorités

Au cours de cette 4^e année d'existence, notre établissement a poursuivi ses travaux organisationnels visant l'amélioration de l'accès aux services et leur consolidation, et ce, au sein de tous les programmes. Vous constaterez dans ce rapport annuel que la contribution et le dévouement des équipes ont pu mener à des réalisations des plus concrètes et intéressantes. Nos gains résultent, entre autres, d'investissements importants dans différents services et des travaux d'harmonisation des pratiques, de la révision des façons de faire et de la collaboration interdirections.

Mentionnons plus spécifiquement les efforts considérables consentis pour l'amélioration du cheminement de l'utilisateur. Les résultats obtenus sont le fruit d'une implication soutenue de l'ensemble des acteurs de l'établissement et d'une vision clinique partagée afin de bien accompagner l'utilisateur à travers le continuum de services.

Parmi nos principaux défis, il y a sans aucun doute celui du recrutement du personnel dans les différents domaines d'intervention afin de répondre aux besoins de notre population. En cours d'année, nous avons multiplié les activités de recrutement pour pourvoir les postes vacants, mais la situation demeure malgré tout précaire en raison de la pénurie de la main-d'œuvre.

L'année 2018-2019 a été marquée par la conclusion des nouvelles dispositions locales avec les 3 instances syndicales, la FIQ, la CSN et l'APTS, et ce, grâce à la collaboration des 2 parties. Ces ententes contribueront à l'amélioration du milieu de travail pour les employés et de l'accessibilité aux services, tout en offrant des leviers pour l'attraction et la rétention du personnel.

De plus, une entente visant le rehaussement des postes des infirmières, des inhalothérapeutes et des infirmières auxiliaires a été convenue avec le Syndicat interprofessionnel de Lanaudière - FIQ. Celle-ci permettra d'obtenir une stabilité dans les équipes, assurant ainsi une meilleure continuité des soins pour les usagers. Ce rehaussement contribuera également à l'attraction et à la rétention du personnel.

Dans un tout autre registre, cette année a encore une fois été très active sur le plan des infrastructures. Ainsi, plusieurs projets amorcés pour rénover des édifices ou en bâtir de nouveaux verront le jour au début de 2019-2020. Soulignons plus particulièrement le Centre d'hébergement Sylvie-Lespérance, pour lequel la pelletée de terre officielle a eu lieu le 30 avril 2018 et qui accueillera ses premiers résidents à la fin de juin 2019. Aussi, l'annonce de l'ajout de 246 lits supplémentaires en soins de courte durée dans le cadre du projet d'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur a été accueillie avec enthousiasme puisqu'ils permettront notamment de réduire l'attente à l'urgence et de favoriser les soins de proximité pour les citoyens du secteur du sud de Lanaudière.

Parmi nos réalisations de l'année, notons aussi l'aboutissement d'un projet d'envergure, soit la fusion des systèmes de paie et de ressources humaines, pour lequel tout a été mis en œuvre afin de faciliter les transitions. Sa réussite n'aurait pas été possible sans l'investissement des personnes y ayant collaboré.

En 2018-2019, le Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière a connu sa première visite d'Agrément Canada. Lors de cette démarche, 18 processus prioritaires et 19 pratiques organisationnelles requises (PORs) ont été évalués pour les normes leadership et gouvernance ainsi que nos services en regard des exigences en matière de qualité et de sécurité. Avec un taux de conformité de 88 % pour les critères qualité et de 84 % pour les PORs, notre établissement est agréé pour le prochain cycle,

soit pour les années 2018-2023. L'équipe visiteuse a entre autres souligné la qualité de l'accueil et des échanges ainsi que la transparence, le dynamisme et la mobilisation des équipes rencontrées. Nous tenons à remercier le personnel pour son implication et nous nous engageons à persévérer tous ensemble dans cette démarche d'amélioration continue au bénéfice de la population de notre territoire.

C'est entre autres en raison d'une santé financière teintée d'équilibre et de marges de manœuvre que nous avons réussi à accomplir notre mission et à répondre aux attentes ministérielles.

Il importe aussi de souligner l'importance de nos liens de partenariat avec les différents élus et leurs instances, avec nos collègues des milieux de l'éducation, de la justice et de la sécurité publique, de l'emploi et de la sécurité sociale, du développement régional et des affaires municipales ainsi qu'avec les organismes communautaires de la région.

Nous souhaitons particulièrement remercier la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière, la Fondation Santé Sud de Lanaudière et la Fondation Claude-Édouard Héту pour leurs efforts et leur appui indéfectible qui contribuent, année après année, à l'amélioration de notre offre de service sur tout le territoire.

Enfin, nous pouvons tous être fiers du travail colossal accompli au cours de l'année 2018-2019. C'est grâce à l'implication des membres du conseil d'administration, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du comité des usagers, du conseil multidisciplinaire, du conseil des infirmières et infirmiers, du conseil des sages-femmes, du Département régional de médecine générale, des gestionnaires et du personnel, des bénévoles et des différents partenaires que nous pouvons apprécier ces résultats aujourd'hui. Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leur contribution.



Jacques Perreault
Président du conseil d'administration



Daniel Castonguay
Président-directeur général

2. La déclaration de fiabilité des données

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

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 du CISSS de Lanaudière :

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

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



Daniel Castonguay
Président-directeur général

3. La présentation de l'établissement et les faits saillants

Présentation de l'établissement

Le CISSS de Lanaudière regroupe 58 installations, dont 2 centres hospitaliers, réparties dans 6 MRC sur un territoire de plus de 12 000 km². Plus de 10 000 personnes y partagent la responsabilité de promouvoir la santé et le bien-être de la population, d'accueillir, d'évaluer et de diriger les personnes et leurs proches vers les services requis ainsi que de prendre en charge, d'accompagner et de soutenir les personnes vulnérables. En tant qu'établissement, le CISSS doit offrir une gamme de services généraux de santé et de services sociaux ainsi que certains services spécialisés.

Afin de bien remplir leur mandat, le CISSS de Lanaudière et ses partenaires du réseau local de services identifient :

- Les besoins sociosanitaires visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- L'offre de service requise pour répondre à ces besoins et aux particularités de la région;
- Les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires du réseau.

Ainsi, le CISSS de Lanaudière dispense la gamme de services suivants :

- Promotion, prévention, dépistage;
- Repérage, évaluation, diagnostic, soutien;
- Accompagnement;
- Hébergement;
- Réadaptation :
 - Déficience physique,
 - Déficience intellectuelle,
 - Jeunes en difficulté,
 - Alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique;
- Soins spécialisés, dont :
 - Soins psychiatriques de longue durée,
 - Services psychiatriques pour enfants et adolescents;
- Services hospitaliers;
- Services de CLSC;
- Info-Santé et Info-Social;
- Protection de la jeunesse, adoption, recherche d'antécédents, retrouvailles, expertise à la Cour supérieure, services aux jeunes contrevenants;
- Transport et hébergement pour les personnes handicapées.

Plus spécifiquement, le CISSS a pour mission :

- De veiller à l'organisation, à l'accessibilité et à l'intégration des soins et des services de santé et des services sociaux répondant aux besoins de la population;
- D'assurer la prestation de soins et de services de santé et de services sociaux aux citoyens de son territoire;
- D'assumer une responsabilité populationnelle envers les résidents de son territoire;

- De créer et de maintenir des liens de collaboration avec les différents partenaires de la région;
- De garantir une planification régionale des ressources humaines;
- De promouvoir la santé auprès de toute la population et d'assurer des interventions préventives et de protection, en collaboration avec ses partenaires;
- D'offrir des services de santé et des services sociaux axés sur la proximité et la continuité des services.

Par ailleurs, le CISSS a fait siennes les valeurs suivantes : respect et bienveillance, rigueur et imputabilité, collaboration et solidarité ainsi qu'équité et transparence.

Ces valeurs représentent les principes qui doivent servir de guides pour orienter les actions de tous les médecins, les gestionnaires, le personnel, les stagiaires et les bénévoles dans leurs manières d'être et d'agir au quotidien.

Autres établissements

4 CHSLD privés conventionnés (CHSLD Heather 1 et Champlain-du-Château, situés au nord de la région, et CHSLD de la Côte-Boisée et Vigi Yves-Blais, situés au sud de la région) ainsi que 2 CHSLD privés non conventionnés (CHSLD des Moulins et Émile McDuff, tous deux situés au sud de la région) offrent également le service d'hébergement sur le territoire de Lanaudière.

* Un organigramme en plus grand format est inséré à la fin du rapport annuel (page 135).

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

Conseil d'administration

Membres

- PERREAULT, Jacques (Président) – Membre indépendant – Expertise en protection de la jeunesse
- BRUNET, Michel (Vice-président) – Membre indépendant – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- CASTONGUAY, Daniel – Président-directeur général et secrétaire
- DUCHARME, Caroline – Membre désignée – Conseil multidisciplinaire (CM) (début de mandat le 26 juillet 2018)
- DURAND, Céline – Membre indépendante – Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux (début de mandat le 30 septembre 2018)
- FOURNIER, Esther – Membre indépendante – Compétence en gestion des risques, finances et comptabilité (début de mandat le 30 septembre 2018)
- GAGNÉ, Geneviève – Membre nommée – Milieu de l'enseignement (début de mandat le 30 septembre 2018)
- GAGNON, Alexandre – Membre désigné – Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP)
- JOLY, Thérèse – Membre indépendante – Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines (début de mandat le 30 septembre 2018)
- LANCTÔT, Marcel – Membre indépendant – Expertise en réadaptation
- MAGNY, Renald – Membre indépendant – Expertise en santé mentale
- NICOL, Ronald – Membre observateur – Fondation
- PARISÉ, Ginette – Membre désignée – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- PRATA, Ghislaine – Membre indépendante – Compétence en gouvernance ou éthique
- PROCHETTE, Dr Harry Max – Membre désigné – Médecin omnipraticien – Département régional de médecine générale (DRMG)
- RIVEST, Normand – Membre désigné – Comité des usagers (CUCI)
- TREMBLAY, Lucie – Membre indépendante – Expertise auprès des organismes communautaires (début de mandat le 30 septembre 2018)
- POSTE VACANT – Membre désigné – CMDP – médecin spécialiste

Le mandat de certains membres du conseil d'administration a pris fin le 29 septembre 2018 :

- BOURRET, Étienne – Membre indépendant – Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
- CORNEAULT, Jean-Pierre – Membre indépendant – Expertise auprès des organismes communautaires
- THIBODEAU, Lucie – Membre indépendante – Compétence en gestion des risques, finances et comptabilité
- VALLÉE, Nathalie – Membre nommée – Milieu de l'enseignement

Un membre a quitté le conseil d'administration en cours d'année :

- DUONG, Dr Hoang – Membre désigné – CMDP – Médecin spécialiste (démission le 18 février 2019)

Faits saillants

Le conseil d'administration a tenu 17 séances entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019, incluant la séance publique annuelle.

Au cours de l'année 2018-2019, aucun cas n'a été traité en lien avec le code d'éthique et de déontologie des administrateurs et aucun manquement n'a été constaté.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs se trouve à l'Annexe 1 du présent rapport et sur le site Web du CISSS, au www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca, sous *Votre CISSS/Conseil d'administration*.

Comité de gouvernance et d'éthique et des ressources humaines

Membres

- DURAND, Céline – Présidente
- CASTONGUAY, Daniel
- GAGNON, Alexandre
- JOLY, Thérèse
- LANCTÔT, Marcel
- PERREAULT, Jacques
- PRATA, Ghislaine
- RIVEST, Normand

Responsable du comité

- CASTONGUAY, Daniel

Madame Nathalie Vallée a agi à titre de présidente du comité jusqu'au 29 septembre 2018, date à laquelle son mandat d'administratrice a pris fin. En octobre 2018, madame Céline Durand a été élue présidente du comité.

Quatre membres ont quitté le comité de gouvernance et d'éthique et des ressources humaines à la fin de leur mandat au conseil d'administration, le 29 septembre 2018. Il s'agit de :

- BOURRET, Étienne
- CORNEAULT, Jean-Pierre
- PERREAULT, Chantale
- VALLÉE, Nathalie

Faits saillants

Le comité de gouvernance et d'éthique et des ressources humaines s'est réuni à 8 reprises entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

Au cours de l'année 2018-2019, le comité a poursuivi l'analyse des politiques organisationnelles en processus d'adoption par le conseil d'administration. Il a également assuré un suivi des orientations proposées et adoptées par l'établissement en matière de gestion des ressources humaines.

Voici un aperçu des dossiers traités par le comité de gouvernance et d'éthique et des ressources humaines au cours de l'année 2018-2019 :

- Suivi des travaux en lien avec la révision des politiques et des règlements;
- Révision du règlement de régie interne du conseil d'administration et travaux pour l'adoption des règles de fonctionnement des comités du conseil d'administration

(comité de gouvernance et d'éthique et des ressources humaines, comité de vigilance et de la qualité et comité de vérification);

- Élaboration du plan de travail et préparation du dossier en vue de la visite d'Agrément Canada en février 2019;
- Participation à une consultation du MSSS sur la planification stratégique;
- Suivi des travaux en lien avec la présence au travail, le recrutement et les négociations avec les instances syndicales;
- Élaboration d'un outil d'évaluation du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Comité de vérification

Membres

- FOURNIER, Esther – Présidente
- CASTONGUAY, Daniel
- GAGNÉ, Geneviève
- GAGNÉ, Pascale
- MAGNY, Renald
- NICOL, Ronald
- PERREAULT, Jacques
- TREMBLAY, Lucie

Responsable du comité

- GAGNÉ, Pascale

Madame Lucie Thibodeau a agi à titre de présidente du comité jusqu'au 29 septembre 2018, date à laquelle son mandat d'administratrice a pris fin. En octobre 2018, madame Esther Fournier a été élue présidente du comité.

Trois membres ont quitté le comité de vérification à la fin de leur mandat au conseil d'administration, le 29 septembre 2018. Il s'agit de :

- BOURRET, Étienne
- PERREAULT, Chantale
- THIBODEAU, Lucie

Faits saillants

Le comité de vérification s'est réuni à 6 reprises entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

Il a pris connaissance du budget 2018-2019 et en a proposé l'adoption au conseil d'administration de l'établissement.

Il a pris connaissance du rapport financier annuel ainsi que des recommandations des auditeurs indépendants et en a proposé l'adoption au conseil d'administration de l'établissement.

Il a pris connaissance des différents rapports déposés par les auditeurs indépendants.

Il a suivi la situation financière du CISSS à chacune des rencontres.

Il a recommandé au conseil d'administration de l'établissement l'adoption de toutes les résolutions touchant les emprunts.

Il a été informé du plan d'équité 2018-2019.

Il a entériné le plan d'audit annuel des auditeurs indépendants.

Il a pris connaissance des plans triennaux de maintien d'actifs et les a recommandés au conseil d'administration.

Il a été informé de la programmation annuelle et de la planification triennale en ressources informationnelles.

Il a pris connaissance de la reddition de comptes au Conseil du trésor.

Comité de vigilance et de la qualité

Membres

- MAGNY, Renald – Président
- BRUNET, Michel
- CASTONGUAY, Daniel
- DUROCHER, Isabelle, commissaire aux plaintes et à la qualité des services
- PERREAULT, Jacques
- NICOL, Ronald
- RIVEST, Normand

Responsable du comité

- CASTONGUAY, Daniel

Monsieur Jacques Perreault a agi à titre de président du comité jusqu'en octobre 2018. Le 29 octobre 2018, monsieur Renald Magny a été élu président du comité.

Un membre a quitté le comité de vigilance et de la qualité en cours d'année. Il s'agit de :

- THIBAUDEAU, Gaétan, commissaire aux plaintes et à la qualité des services (départ à la retraite le 11 février 2019)

Faits saillants

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à 5 reprises entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

Il a procédé au suivi des recommandations formulées par le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, tout en portant une attention particulière aux situations présentant des enjeux plus importants. De même, il a effectué le suivi des recommandations formulées à l'établissement par le Protecteur du citoyen ainsi que par le Coroner.

Les membres du comité ont été informés des résultats présentés dans différents rapports du comité de gestion des risques, notamment les rapports trimestriels d'activités contenant les déclarations des événements indésirables et le suivi des événements sentinelles.

L'évolution des suivis des visites ministérielles d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD, en ressources intermédiaires (RI) et en ressources de type familial (RTF) leur a été présentée de façon statutaire. Un plan d'amélioration continue des milieux de vie développé en collaboration avec plusieurs directions du CISSS (Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, Direction des soins infirmiers, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, Direction des services techniques, etc.) leur a aussi été déposé.

Il a effectué le suivi des recommandations des comités des usagers.

Les membres ont été informés des actions en cours en préparation de la visite d'Agrément Canada qui a eu lieu en février 2019. Le président du comité a eu l'occasion de rencontrer les visiteurs dans le cadre de la rencontre d'évaluation de la gestion intégrée de la qualité dans l'établissement.

Le comité a procédé au suivi de la certification des résidences privées pour aînés ainsi que des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.

Aucune recommandation du comité de vigilance et de la qualité n'a été déposée au conseil d'administration.

Comité d'éthique et de la recherche

Membres réguliers

- MAYER, Caroline – Présidente – Représentante scientifique
- LAMBERT, Jean-François – Vice-président – Juriste
- MONTPETIT, Jocelyne – Représentante de la collectivité
- POUPART, Jean – Personne spécialisée en éthique
- ROBITAILLE, Dr Yves – Représentant scientifique

Membres suppléants

- TREMBLAY, Maude – Représentante scientifique

Faits saillants

Le comité d'éthique et de la recherche s'est réuni à 9 reprises entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019, dont 4 fois en comité plénier et 5 fois en comité restreint.

Au cours de la dernière année, le comité a évalué 6 nouveaux projets de recherche. De plus, le comité a fait le suivi de 218 demandes dans le cadre d'un suivi continu des projets de recherche en cours.

Plusieurs projets de recherche réalisés au CISSS sont multicentriques et font l'objet d'une évaluation et d'un suivi par d'autres comités d'éthique et de la recherche du réseau de la santé et des services sociaux. Cette année, 23 nouveaux projets impliquant le CISSS et d'autres établissements partenaires du réseau ont été approuvés par ces comités.

Comité de gestion des risques

Membres

- DULAC, Kathleen – Présidente
- BERNARD, Nathalie
- CASTONGUAY, Daniel
- CHARTIER, Claudine
- D'AUTEUIL, Sandra
- GAGNON, Alexandre
- GIGNAC, Mélanie
- GOYET, Noëlla
- MARTEL, Dominique
- PILON, Mélissa
- ROBITAILLE, Jean
- STORME, Dr Mathieu
- VENNE, Catherine

Quatre membres ont quitté le comité de gestion des risques en cours d'année. Il s'agit de :

- GOUBAYON, Anne – Présidente et responsable du Service de sages-femmes du CISSS de Lanaudière (départ à la retraite en juin 2018)
- HENRICHON, Jean – Substitut du représentant des usagers et comité des usagers (janvier 2019)
- PERREAULT, Nadia – Direction des soins infirmiers, volet des opérations cliniques (mai 2018)
- VADNAIS, Manon – Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, représentant-cadre (avril 2018)

Faits saillants

Le comité de gestion des risques s'est réuni à 5 reprises entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

Le suivi des rapports trimestriels sur les incidents et les accidents ainsi que des événements sentinelles et des mesures correctives s'y rattachant a été assuré par le comité.

Le comité poursuit son suivi des dossiers prioritaires : chutes, événements touchant la médication, taux d'infection nosocomiale et taux des événements sentinelles.

En date du 31 mars 2019, le système local de surveillance fait état de 18 141 déclarations effectuées en 2018-2019 (comparativement à 18 041 en 2017-2018).

Le comité a suivi le processus des formations offertes aux ressources d'hébergement intermédiaires et de type familial (RI-RTF) liées au CISSS de Lanaudière.

Il a présenté un état de situation en prévention des infections à chaque rencontre régulière afin de suivre les tendances dans les installations.

Le comité a assuré la surveillance des travaux liés à la pharmacovigilance.

L'évaluation des travaux en réponse aux recommandations émises dans le plan d'action pour la prévention des chutes et les erreurs de médicaments, à la suite des recommandations du Groupe Vigilance du MSSS, a été assurée.

Comité de révision

Membres

- BRUNET, Michel – Président et membre du conseil d'administration
- DESJARDINS, Dre Valérie – Médecin pour le secteur Sud
- LEDOUX, Dre Élisabeth – Médecin pour le secteur Nord
- PYARALI, Dr Mazaheer – Médecin pour le secteur Nord
- SIMARD, Dr Michel – Médecin pour le secteur Sud

Un membre substitut a assisté à une rencontre du comité de révision. Il s'agit de :

- KASSOUF, Dr Élie – Médecin pour le secteur Nord (décembre 2018)

Faits saillants

Le comité de révision s'est réuni à 11 reprises entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

Il a traité 13 dossiers au cours de l'année.

À la suite de l'analyse des dossiers, les conclusions du médecin examinateur ont été confirmées dans 9 dossiers et 3 compléments d'examen ont été demandés. Un dossier a été acheminé pour fins disciplinaires.

Parmi les objets de plaintes formulées, 4 touchaient les droits particuliers, 11 concernaient les soins et les services dispensés et 6 étaient liés aux relations interpersonnelles.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres du comité exécutif (CECII)

- GUÉRETTE, Marie-Claude – Présidente
- DE FOY, Amélie
- DUGUAY, Amélie
- FILION, Josée
- FOUCHER, Sophie-Andrée
- HAMELIN, Audrey
- HOULE, Julie
- LEBEL, Véronique
- LÉPINE, Roxanne
- MAILLÉ, Geneviève
- McCANDLESS, Sylvie
- PERREAULT, Pascal
- THÉBERGE, Solveig

Membre d'office

- CASTONGUAY, Daniel

Membres invités des maisons d'enseignement faisant partie du comité exécutif

- BEAULIEU, Martin – Commission scolaire des Samares
- DUPAUL, Pascale – CÉGEP régional de Lanaudière
- ST-PIERRE, Liette – Université du Québec à Trois-Rivières

Deux membres ont quitté le CECII en cours d'année. Il s'agit de :

- LAFOREST, Mélissa
- LANDRY, Geneviève

Faits saillants

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) s'est réuni à 6 reprises entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

Au cours de l'année 2018-2019, le CECII a été consulté afin de donner son avis sur plusieurs règles de soins, protocoles, ordonnances collectives, procédures et politiques.

Il a également été impliqué dans différents comités tels que le comité de révision des ordonnances collectives et le comité de partenariat de soins et de services, et a fait partie de la démarche d'agrément dans l'établissement.

Le CECII a effectué un suivi de la situation en matière de prévention des infections, des suites apportées aux visites d'évaluation de la pratique infirmière auxiliaire par l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ) et des visites concernant la pratique infirmière en CHSLD.

Il a émis les communications et les avis suivants à ses membres durant l'année 2018-2019 :

- Communications aux membres
 - Rappel concernant l'évaluation et le suivi clinique de la clientèle;
 - Hygiène des mains.
- Avis
 - Avis concernant la communication avec les maisons d'enseignement;
 - Réponse à l'avis du comité de la relève infirmière et infirmière auxiliaire concernant l'intégration et la rétention des infirmières novices.

Le CECII a contribué à l'avancement des travaux portant sur les sujets suivants :

- Règles de soins infirmiers (RSI)
 - RSI n° 8 : Prescription infirmière dans le domaine des soins de plaie;
 - RSI n° 9 : Traitement des plaies;
 - RSI n° 11 : Encadrement de la pratique des activités professionnelles exercées par les externes en soins infirmiers;
 - RSI n° 12 : Encadrement de la pratique des activités professionnelles exercées par les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI);
 - RSI n° 13 : Encadrement de la pratique des activités professionnelles exercées par les candidates à l'exercice de la profession d'infirmière auxiliaire (CEPIA);
 - RSI n° 14 : Gestion du cérumen.
- Protocoles
 - Protocole interdisciplinaire n° 1 : Prévention des lésions de pression;
 - Protocole infirmier n° 3 : Évaluation et suivi infirmier pour l'utilisateur ayant fait une chute;
 - Protocole infirmier n° 4 : Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicale - Évaluation et interventions de l'infirmière.
- Ordonnances collectives (O. C.)
 - O.C. n° 15 : Effectuer les tests et les examens diagnostics entourant l'interruption volontaire de grossesse médicale (par médicaments) et chirurgicale;
 - O.C. n° 16 : Surveillance de l'hypoglycémie chez un nouveau-né;
 - O.C. n° 18 : Administration de l'onguent ophtalmique d'érythromycine chez le nouveau-né;
 - O.C. n° 19 : Administration de vitamine K intra-musculaire au nouveau-né;
 - O.C. n° 20 : Dépistage des cardiopathies congénitales graves chez les nouveau-nés.
- Procédures
 - Procédure d'intervention Code lilas (lors d'une situation d'accouchement imminent hors secteur du CISSS de Lanaudière);
 - Procédure d'intervention Code rose néonate (lors d'une situation d'urgence médicale, incluant l'arrêt respiratoire du nouveau-né au CISSS de Lanaudière);
 - Plan d'intervention Code or : Assistance sur les lieux du CISSS de Lanaudière;
 - Plan d'intervention Code blanc : Demande d'aide pour personne violente;
 - Plan d'intervention Code jaune : Départ d'un usager sans autorisation médicale;
 - Plan d'intervention Code orange : Arrivée massive de blessés.
- Politiques
 - Politique sur la présence des proches d'un usager dans les installations du CISSS de Lanaudière et dans les ressources intermédiaires;
 - Politique sur les plans d'intervention;
 - Politique de valorisation et de protection de l'environnement;

- Politique sur le consentement aux soins;
- Code d'éthique;
- Politique sur l'usage du cannabis à des fins médicales.

En juin 2018, le CECII a tenu son assemblée générale annuelle au Centre hospitalier De Lanaudière et à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG) en visioconférence.

En septembre 2018, des membres du CECII ont participé au colloque de l'Ordre des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière intitulé « Des infirmières engagées dans l'évolution des soins ». En novembre 2018, des membres du CII ont participé au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ayant pour thème « Le développement professionnel en vedette ».

Enfin, le CECII a tenu plusieurs activités de communication afin d'informer ses membres, et ce, tant sur ses tableaux d'affichage dans les différentes installations de l'établissement et sur sa page Facebook que dans les outils de communication du CISSS.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Membres du comité exécutif

- OLIVIER, Dr Jérôme – Président
- REGGAD, Dre Bouchra – Première vice-présidente
- CHARBONNEAU, Dre Valérie – Deuxième vice-présidente
- OUELLET, Dr Jérôme – Secrétaire
- DUBÉ, Françoise – Trésorière (pharmacienne)
- BERGERON, Dr Serge – Directeur des services professionnels
- CASTONGUAY, Daniel – Président-directeur général
- CHIASSON, Dre Sylvie-Ann – Pneumologue
- DAOUST, Dre Danielle – Omnipraticienne
- ETHIER, Philippe – Directeur général adjoint
- FRAPPIER-CHALIFOUX, Dre Hamie – Omnipraticienne
- YERGEAU, Dre Stéphanie – Cardiologue

Membre invité

- MARTEL, Dre Élise – représentante universitaire

Faits saillants

Le CMDP s'est réuni à 14 reprises entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

Il a effectué le suivi et la prise en charge des affaires courantes du conseil.

Il a donné son soutien aux comités et aux départements de l'établissement.

Il a participé à la validation de règles de soins, d'ordonnances collectives, de la gestion d'utilisation des médicaments et de la supervision des comités facultatifs et obligatoires relevant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Il a également collaboré à la protection et à la supervision de la qualité des soins aux patients.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Membres du comité exécutif (CECM)

- BOUDREAU, Julie – Présidente
- QUEVILLON, France – Vice-présidente
- MARCOUX, Nancy – Secrétaire
- DESJARDINS, Mélissa – Responsable des communications
- DUGAS, Jérémy – Trésorier
- BOUFFARD, Esther
- CHAPUT, Marie-Pierre
- JACQUES, Caroline

Membres cooptés

- SUZEAU, Jean-Gabriel (juin 2018)
- PRÉVILLE, Karine (février 2019)

Membres d'office

- CASTONGUAY, Daniel
- DUCHARME, Caroline

Trois membres ont quitté le CECM en cours d'année. Il s'agit de :

- ST-MARTIN, Jacinthe (septembre 2018)
- TREMBLAY, Isabelle (septembre 2018)
- PAGÉ, Mathieu (février 2019)

Faits saillants

Le CECM s'est réuni à 8 reprises entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019. De plus, il s'est tenu 3 rencontres statutaires entre la présidente, la vice-présidente et la directrice adjointe des services multidisciplinaires, 4 rencontres au sujet des demandes d'avis et 3 rencontres en sous-groupe pour accomplir les différents mandats du CECM.

Le CECM a réalisé son plan de communication afin de mieux faire connaître l'instance auprès de ses membres de même qu'auprès des directions du CISSS. Dans ce cadre, il a fait une présentation du CM au comité de direction et aux 3 directions suivantes :

- Direction des programmes santé mentale et dépendance;
- Direction de santé publique;
- Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Des agents de liaison ont été ciblés parmi les membres du CM dans la plupart des installations du CISSS afin d'agir comme courroie de transmission entre le CECM et les membres.

Le CECM a participé en webinaire au colloque sur les approches collaboratives, tenu par le CIUSSS de la Capitale-Nationale/Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Deux membres du CECM ont participé au colloque annuel de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec ayant pour thème « Les mandats du CM sous la loupe ».

Le CECM a amorcé auprès du CMDP et du CII une collaboration entre conseils professionnels.

Le CECM a émis 15 avis au cours de l'année :

- Politique sur les mesures de contrôle;
- Approche interprofessionnelle;
- Guide d'accueil pour les usagers hospitalisés et leurs proches;
- Protocole interdisciplinaire en soins de plaies;
- Trajectoire 0-7 ans en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique;
- Code d'éthique;
- Politique sur la valorisation et la protection de l'environnement;
- Bilan comparatif des médicaments;
- Vaccination antigrippale par les inhalothérapeutes;
- Politique sur les plans d'intervention;
- Plans d'intervention en sécurité civile et mesures d'urgence;
- Plans d'intervention des différents codes de couleur;
- Politique sur le consentement aux soins;
- Politique sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales.

Le CECM a mis sur pied un comité interprofessionnel sur la contention et l'isolement, dont les travaux se sont terminés en mars 2019. Un suivi des documents produits sera effectué avec la Direction des soins infirmiers en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires et un représentant de ce comité.

Un comité de pairs des archivistes a été constitué afin d'analyser et de recommander un système d'information à utiliser avec la clientèle en Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF). Il a finalisé et publicisé ses travaux en mars 2019.

Des représentants du CECM ont participé aux comités du CISSS suivants :

- Comité d'éthique : Julie Boudreau (4 rencontres);
- Comité tactique sur l'itinérance : Mélissa Desjardins (4 rencontres);
- Comité usager partenaire : France Quevillon (2 rencontres).

L'assemblée générale annuelle 2018-2019 a lieu le 2 mai 2019.

Conseil des sages-femmes

Membres du comité exécutif

- LACAS, Janie – Présidente
- LEROUX, Julie Anne – Vice-présidente
- CÔTÉ, Louise-Hélène – Secrétaire
- BOUCHER, Andréanne – Responsable du Service de sages-femmes

Membres d'office

- CASTONGUAY, Daniel

Un membre a quitté le conseil des sages-femmes en cours d'année. Il s'agit de :

- GOUBAYON, Anne - Responsable du Service de sages-femmes – membre d'office (départ à la retraite en juin 2018)

Faits saillants

Le conseil des sages-femmes s'est réuni 1 fois en assemblée générale annuelle et 2 fois en assemblées générales spéciales et le comité exécutif s'est réuni 6 fois, entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

Des élections ont eu lieu lors de l'assemblée générale annuelle du 6 juin 2018 et tous les postes étaient en élection pour de nouveaux mandats (présidente, vice-présidente et secrétaire).

La dernière année a été marquée par de nombreux changements parmi les membres, tant au sein du conseil que du comité exécutif. La responsable du Service de sages-femmes, madame Anne Goubayon, a pris sa retraite et madame Andréanne Boucher l'a remplacée à titre de responsable de ce service. Le roulement des effectifs de sages-femmes pour cause de maternité ou de maladie a représenté un défi de taille durant la période estivale notamment, vu la rareté des ressources de remplacement. Toutes les sages-femmes ont pu être remplacées et il n'y a pas eu de bris de service.

Le dossier de la maison des naissances, un dossier prioritaire pour le conseil des sages-femmes, a connu des développements : les plans et devis ont été élaborés en cours d'année et le projet a été accepté par le comité consultatif d'urbanisme de la Ville de Repentigny en novembre dernier. L'appel d'offres pour la construction a été publié le 25 mars 2019.

Soulignons enfin qu'en 2018-2019, plus de 330 femmes ont reçu des services d'une sage-femme et un peu plus de 200 naissances ont eu lieu sous les soins de sages-femmes. Parmi ces naissances, 69 % ont eu lieu à la Maison de naissance du Boisé-de-Blainville, 24 % à domicile et 7 % à l'HPLG.

Comité des usagers du CISSS de Lanaudière (CUCI)

Membres

- ALLARD, Claudine – Présidente (jusqu'en novembre 2018) et secrétaire par la suite
- LAPENSÉE, Yves – Président et trésorier (depuis novembre 2018)
- GOYET, Noëlla – Vice-présidente
- RIVEST, Normand – Administrateur et représentant du CUCI au CA du CISSS
- LANDRY, Claudine – Administratrice
- BEAULIEU, André
- BERTHAUD, Claude
- BRAZEAU, Christiane
- HAMEL, Pierre
- MARCHAND, Pierre
- PROVOST, Richard
- REMON, Lyne
- WATIER-LEONELLI, Johanne

Six membres ont quitté le CUCI en cours d'année. Il s'agit de :

- ALLARD, Raymond
- AMYOT, Thérèse
- COUTU, Alain
- DE CATUFEL, Cathy
- LACROIX, Danielle
- RACICOT, Patrick

Faits saillants

Le CUCI s'est réuni à 10 reprises entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

Il a pris connaissance du nouveau *Cadre de référence relatif aux comités des usagers et aux comités de résidents* émis par le MSSS et a ajusté son fonctionnement en conséquence. Les règlements du CUCI ont également été entièrement révisés.

Une élection des officiers a eu lieu en novembre 2018.

Des travaux importants ont été consacrés à l'établissement des règles concernant l'embauche d'une personne-ressource pour le CUCI.

En collaboration avec le CISSS, les travaux pour la création de la campagne publicitaire commune à tous les comités des usagers, sur les droits des usagers, se sont poursuivis. Un projet-pilote a débuté à la mi-mars 2019 et le déploiement de la campagne est prévu pour l'automne 2019.

Les recommandations du CUCI émises en 2016-2017 et 2017-2018 ont fait l'objet d'une rencontre avec la Direction générale du CISSS, puis d'une journée d'échanges entre les directions concernées du CISSS et les membres de tous les comités des usagers en novembre 2018.

Le CUCI a rencontré l'un des visiteurs d'Agrément Canada dans le cadre de la première visite de l'établissement, en février 2019.

Un nouveau représentant des comités des usagers de la région a été nommé pour siéger au conseil d'administration du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU). De plus, des membres du CUCI ont participé au congrès du RPCU ayant pour thème « De l'insatisfaction à l'amélioration : le rôle des comités ».

Le président du CUCI a participé aux rencontres des présidents des CUCI de la province avec des représentants du MSSS.

Enfin, le CUCI a commencé une démarche pour définir les orientations qu'il veut se donner au cours des prochaines années.

Les faits saillants

Consolidation de services et développements

Au cours de la dernière année, dans le respect de ses paramètres financiers et de la planification stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le CISSS de Lanaudière a travaillé à l'atteinte des cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité en poursuivant et en intensifiant ses travaux sur le cheminement de l'utilisateur et l'intégration des services de même que sur le maintien et l'intégrité des infrastructures et des équipements en soutien aux activités cliniques et administratives.

En 2018-2019, le CISSS s'est vu allouer plus de 26 M\$ en développement de services, dont :

- 13 543 400 \$ en équité interrégionale (annualisé à 19 347 700 \$ en 2019-2020);
- 4 978 000 \$ en développement pour le soutien à domicile (SAD);
- 2 700 000 \$ en relativité salariale;
- 1 652 800 \$ en médicaments antinéoplasiques;
- 1 378 700 \$ en rehaussement de l'enveloppe du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC);

- 1 367 000 \$ en développement pour des places permanentes en hébergement adulte pour la déficience intellectuelle (DI), le trouble du spectre de l'autisme (TSA) et la déficience physique (DP);
- 604 600 \$ en dépendance pour le Plan d'action interministériel en dépendance (PAID);
- 378 700 \$ en activités de jour pour la DI et le TSA.

Ces investissements ont permis l'ajout de ressources et de places, améliorant ainsi l'accessibilité aux soins et aux services de même que le soutien et la stabilisation des équipes dans plusieurs secteurs d'activités.

Tout au long de l'exercice financier 2018-2019, le CISSS a respecté les règles d'attribution budgétaire dans l'ensemble de ses programmes-services et a effectué une reddition de comptes soutenue, rigoureuse et de qualité.

Au cours de l'exercice, l'établissement a entrepris les travaux de normalisation des données cliniques et financières dans le cadre du projet du financement à l'activité. L'équipe dédiée à l'implantation de cette application a intégré la charte comptable selon les balises provinciales. Elle poursuit désormais les analyses ainsi que la modélisation des coûts en vue de mesurer le coût par parcours de soins et de services.

Équité interrégionale en santé

En 2018-2019, la région de Lanaudière a reçu un financement de 13 543 400 \$ pour l'amélioration des services de première ligne et des services spécialisés. Cette enveloppe budgétaire a été attribuée en tenant compte des caractéristiques régionales et des besoins de la population, particulièrement sous l'angle de l'évolution démographique.

Ressources humaines

Au chapitre des ressources humaines, le CISSS a recruté 1 663 ressources en 2018-2019, comparativement à 1 787 en 2017-2018. La pénurie de main-d'œuvre demeure toujours un enjeu et le CISSS poursuit ses efforts en matière d'attraction, de recrutement et de rétention des ressources.

Nouveau mode de gestion intégrée

La mise en place d'un système de gestion intégré de la performance basé sur des pratiques collaboratives est en déploiement dans toutes les directions cliniques du CISSS. Il met l'accent sur la création de salles de pilotage et de stations visuelles. Cette opération vise à optimiser la contribution de chacun à l'amélioration de la performance organisationnelle dans l'intérêt de l'utilisateur.

Les objectifs clés de la salle de pilotage sont les suivants :

- Faire le point sur la performance actuelle;
- Engager la discussion pour améliorer la performance future;
- Mettre à contribution tous les membres de la direction pour agir sur la performance organisationnelle.

Sécurité civile et mesures d'urgence

Au chapitre de la sécurité civile - mission santé, le CISSS a poursuivi la mise en place des structures et des moyens nécessaires afin d'assurer une réponse rapide, adéquate et sécuritaire lors de situations d'urgence dans la région de Lanaudière.

Il a travaillé particulièrement sur l'élaboration des plans de mesures d'urgence et sur l'uniformisation des codes de sécurité à appliquer en cas de situations d'urgence dans les installations du CISSS. Afin d'assurer une réponse efficace dans ces situations, des gestionnaires ont été identifiés dans toutes les installations pour assumer le rôle de responsable local des mesures d'urgence (RLMU). Ces derniers doivent prendre en charge les problématiques qui pourraient survenir dans l'environnement physique de l'installation à laquelle ils sont rattachés.

Dans le cadre des mesures d'urgence, soulignons également la contribution et l'engagement des équipes du CISSS au bon déroulement des mesures mises en place afin d'assurer la sécurité des personnes impliquées et le soutien aux familles touchées lors du carambolage survenu le 27 janvier 2019 sur l'autoroute 40.

Projets d'immobilisation

Plusieurs projets majeurs d'immobilisation pour lesquels le CISSS a reçu des approbations du MSSS au cours des dernières années ont évolué en 2018-2019.

Agrandissement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur

Dans le cadre du projet d'agrandissement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG), le MSSS a fait l'annonce, en février dernier, de l'ajout de 246 lits supplémentaires en soins de courte durée. Cet ajout contribuera à la réduction de l'attente à l'urgence et favorisera les soins de proximité pour les citoyens du sud de Lanaudière. Cet agrandissement vise également l'amélioration des services dans plusieurs secteurs de l'hôpital, entre autres dans les unités de soins en chirurgie, en obstétrique, en néonatalogie et pédiatrie et en psychiatrie.

Centre d'hébergement Sylvie-Lespérance

Le nouveau Centre d'hébergement Sylvie-Lespérance, construit grâce au soutien financier de la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière et de la Fondation Sylvie Lespérance, accueillera ses premiers résidents à la fin de juin 2019. Cette installation de 68 lits, située à Saint-Charles-Borromée près du Centre hospitalier De Lanaudière (CHDL), a été conçue afin de répondre aux meilleures pratiques de l'approche milieu de vie. Ce sont d'abord la clientèle actuelle (25 résidents) et le personnel concerné du Centre d'hébergement de Sainte-Élisabeth qui seront relocalisés dans ce bâtiment. Les 43 autres lits du nouveau centre d'hébergement seront occupés par une clientèle en attente d'une place d'hébergement.

Maison des naissances

Les plans et devis ainsi que l'appel d'offres pour la construction de la maison des naissances de Repentigny ont été réalisés en cours d'année. La construction devrait se terminer à la fin de décembre 2019.

Projet d'économie d'énergie

Des travaux permettant d'améliorer la performance énergétique de l'établissement ont eu cours durant toute l'année dans 4 installations, soit l'HPLG, le CLSC Lamater de Terrebonne, le Centre d'hébergement de L'Assomption et le Centre d'hébergement de Repentigny. Ainsi, plusieurs interventions concernant l'éclairage ont été réalisées en 2018 et les travaux d'optimisation des systèmes de chauffage, de climatisation et de ventilation se termineront en 2019. En plus d'améliorer les services et les conditions intérieures, ce projet réduira la consommation énergétique de 40 %, soit des économies annuelles de 757 307 \$. À la fin des travaux, les émissions de gaz à effet de serre diminueront de 68 % dans les bâtiments ciblés.

L'équipe des projets immobiliers a également poursuivi les travaux de planification pour les projets 514-450 de même que pour des projets majeurs en CHSLD et des projets immobiliers cliniques pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux.

Parmi ces projets, les travaux dans le cadre du nouveau service d'endoscopie au CHDL tirent à leur fin et l'accueil de la clientèle est prévu au cours de l'été 2019. Le rehaussement de 2 salles de procédures et le nouvel aménagement, mieux adapté aux besoins des usagers et des professionnels, permettront à l'équipe de poursuivre sa mission tout en améliorant l'accessibilité, la confidentialité et l'efficacité des soins et des services offerts à la population. Grâce au soutien financier de 2,5 M\$ de la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière, les salles d'endoscopie seront munies d'équipements à la fine pointe de la technologie afin d'offrir un service d'endoscopie optimisé, des traitements mieux ciblés et la détection précoce de certains cancers.

Amélioration des milieux de vie en CHSLD

Des projets de jardins sous le thème des 5 sens sont en cours de réalisation dans les centres d'hébergement de Repentigny, de Saint-Donat et Saint-Antoine-de-Padoue. Le principe de ces jardins est de maintenir les résidents en éveil cognitif par stimulation des sens en incorporant, par exemple, des végétaux regroupés selon les sens à stimuler.

Relocalisation d'équipes en santé mentale et en dépendance à Joliette

Une installation de Joliette a été complètement rénovée afin d'accueillir une partie des équipes des programmes santé mentale et dépendance. Cette relocalisation des services permet un accès plus confidentiel à la clientèle.

Amélioration de l'accès aux services

Dans une perspective d'intégration des services visant à simplifier et à améliorer l'accès pour le citoyen, le CISSS s'est efforcé de maximiser les ressources disponibles pour faire vivre son offre de service. De même, il a poursuivi ses travaux de révision des mécanismes d'accès aux soins et aux services.

Entre autres, des efforts soutenus ont permis, en cours d'année, de consolider et d'affiner les trajectoires de soins et de services afin d'améliorer le cheminement de l'utilisateur et de répondre adéquatement aux différents besoins (meilleure prise en charge, offrir le bon soin au bon moment, etc.) de l'ensemble de la population de notre région.

Cheminement de l'utilisateur

En 2018-2019, le CISSS a plus spécifiquement poursuivi les travaux réalisés depuis les dernières années par la mise en place d'un mode de gestion par trajectoire. Cette vision intégrée signifie qu'une action clinique n'est plus considérée comme un acte isolé et produit par une seule équipe, mais qu'elle est effectuée dans le cadre d'un cheminement continu de l'utilisateur à travers les services et les programmes. Tous les travaux menés convergent vers un point commun, soit offrir une accessibilité et une continuité des services à la clientèle vulnérable.

Dans l'optique d'offrir un accompagnement personnalisé et soutenu aux usagers, plusieurs stratégies ont été bonifiées afin d'accroître la coordination des services. Celles-ci visaient particulièrement :

- L'amélioration de l'interdisciplinarité dans les communications avec les différents acteurs hospitaliers et les intervenants de première ligne;

- L'augmentation du partenariat avec les usagers et leur famille;
- La planification précoce et systématique des congés de façon sécuritaire.

Les principales actions déployées sont :

- Se doter d'un tableau de bord organisationnel et d'indicateurs de processus par secteur mettant en relief la fluidité du cheminement de l'utilisateur;
- Aborder rapidement tous les problèmes reliés au cheminement de l'utilisateur par une animation hebdomadaire de la trajectoire;
- S'assurer que les usagers ont tous un plan d'intervention disciplinaire;
- Mettre en place des mécanismes de coordination dont, entre autres, le plan d'intervention interdisciplinaire, l'intervenant pivot et le leader clinique intra-hospitalier, ce qui permet une transition fluide des soins entre l'hôpital et l'ensemble des autres services.

Ce travail substantiel est le résultat de l'engagement de tous les acteurs de l'établissement, que ce soit au niveau de la haute direction, de la gestion ou des équipes cliniques, et d'une vision clinique partagée basée sur la recherche de solutions et sur l'impossibilité de ne pas résoudre les difficultés vécues par les usagers.

Accès à un médecin de famille

L'accès à un médecin de famille pour la population s'est maintenu dans Lanaudière. À la création du CISSS, en avril 2015, 63 % de la population de Lanaudière avait accès à un médecin de famille. À la fin de l'année financière 2018-2019, ce pourcentage se situe à 82 %.

Recrutement des médecins de famille

La région fait des efforts constants dans le but d'augmenter le nombre de médecins de famille, ce qui contribue grandement à l'amélioration de la prise en charge en première ligne. Ainsi, en 2018-2019, 28 nouveaux médecins omnipraticiens, dont 26 nouveaux facturants et 2 transferts de région, ont débuté leur pratique dans la région. La participation du CISSS aux différents événements de recrutement au cours de l'année a également porté fruit puisque, à ce jour, ce sont 24 nouveaux médecins omnipraticiens, dont 23 nouveaux facturants et 1 transfert de région, qui débiteront leur pratique dans la région en 2019-2020.

Urgence

La durée de séjour sur civière à l'urgence se compare aux années antérieures, soit une moyenne de 16,4 heures.

Séjour moyen à l'urgence des usagers couchés sur civière (en heures)		
Année financière	CHDL	HPLG
2015-2016	18 h 30	22 h 34
2016-2017	18 h 42	19 h 37
2017-2018	14 h 11	16 h 22
2018-2019	14 h 34	18 h 34

Afin de répondre aux besoins de la population et de faire face à l'achalandage accru dans les salles d'urgence du CHDL et de l'HPLG durant la période hivernale, plusieurs

mesures ont été déployées par le CISSS, dont la réorganisation des équipes de travail et des tâches de soins et l'ajout d'équipes de travail et de médecins dans certains secteurs cliniques et de soutien. Des travailleurs sociaux et des physiothérapeutes ont notamment été ajoutés afin de faire face à l'augmentation du nombre d'usagers hospitalisés et aux besoins spécifiques de ces personnes durant les périodes de fort achalandage. Des mesures de repérage précoce ont également été mises en place à l'urgence afin de favoriser un retour rapide au domicile après un séjour hospitalier.

Médecine spécialisée

À l'HPLG, des équipements de télémétrie ont été ajoutés en cardiologie et en neurologie permettant ainsi d'améliorer la surveillance et le traitement des usagers ayant subi un AVC ou de ceux sous les soins des cardiologues.

La mise en œuvre du centre régional de demandes de services (CRDS) s'est poursuivie pour les spécialités visées par le MSSS. Le CISSS a de plus accueilli 28 nouveaux médecins spécialistes, dont 17 dans le secteur Nord et 11 dans le secteur Sud.

Plusieurs développements cliniques ont été effectués durant l'année, par exemple, le développement d'une clinique de maladies vectorielles et d'un programme de suivi de la clientèle atteinte d'une maladie inflammatoire de l'intestin.

Chirurgie

Les efforts en chirurgie se sont poursuivis se traduisant par le maintien de l'accès en chirurgie et des standards d'accès des dernières années.

Services de soutien aux diagnostics

Dans le but d'augmenter l'accessibilité en imagerie médicale, le CISSS a procédé à l'ouverture d'un deuxième scan dans le secteur Nord en avril 2018 et d'un deuxième scan dans le secteur Sud en novembre 2018.

Pourcentage d'usagers ayant obtenu un examen en moins de 3 mois		
Examen	2017-2018	2018-2019
Échographie	93 % (HPLG) 71 % (CHDL)	93 % (HPLG) 67 % (CHDL)
Tomodensitométrie	100 % (HPLG) 100 % (CHDL)	65 % (HPLG) 100 % (CHDL)
Résonance magnétique	90 % (HPLG) 71 % (CHDL)	63 % (HPLG) 81 % (CHDL)

Les difficultés par rapport au respect des délais d'accès en imagerie médicale en 2018-2019 sont principalement attribuables à des enjeux de ressources humaines. Plusieurs actions ont été entreprises pour relever ce défi, soit :

- La participation à différents salons de l'emploi;
- L'approche personnalisée avec les stagiaires en vue de leur embauche;
- Des garanties d'heures offertes aux candidats potentiels pour être concurrentiel;
- Une collaboration accrue entre les services d'imagerie du nord et du sud de la région;
- La création d'un corridor de services avec l'Hôpital Notre-Dame afin de référer des usagers pour un scan (moyenne de 100 usagers/semaine).

Activités respiratoires

À la suite d'une entente public-privé avec les cliniques privées Biron et Vitalair afin d'améliorer l'accessibilité aux examens en laboratoire du sommeil, le CISSS y a référé un total de 1 376 usagers (796 usagers chez Biron et 580 chez Vitalair). Cette entente nous permet d'augmenter l'offre de service en ce qui a trait à la polygraphie cardio-respiratoire du sommeil.

Hospitalisation

Afin de prévenir leur réhospitalisation, le CISSS a poursuivi la mise en place des plans de traitement intégrés, et ce, tout au long des transitions de soins, pour les usagers fréquemment hospitalisés. Les travaux déjà amorcés ont également été poursuivis afin d'améliorer la planification du congé, de diminuer les durées de séjour et d'éviter le déconditionnement des personnes âgées.

Afin de diminuer le nombre d'usagers en attente de lits post-hospitaliers, l'établissement a mis en place des mesures incluant une équipe multidisciplinaire dédiée à la gestion des séjours hospitaliers et un accompagnement personnalisé aux usagers vulnérables. Les processus de travail ont également été revus dans le but de diminuer les délais de séjour hospitalier (admission, examens, planification des congés, etc.).

Programme québécois de cancérologie

L'augmentation des ressources médicales en hémato-oncologie, avec l'accueil de 4 nouveaux médecins spécialistes au sein de l'établissement, a contribué à l'amélioration des délais de prise en charge de la clientèle.

Groupes de médecine de famille (GMF)

Afin de renforcer et d'améliorer l'accessibilité des services de première ligne, 2 nouveaux GMF ont été mis en place cette année dans la région de Lanaudière, soit le GMF Clinique familiale des Prairies à Notre-Dame-des-Prairies et le GMF des Affluents à Repentigny.

Services de proximité

En 2018-2019, le CISSS a accueilli 5 nouvelles candidates infirmières praticiennes spécialisées (IPS). L'établissement compte donc 42 postes d'IPS, dont 30 étaient dotés au 31 mars 2019. Une nouvelle IPS au CLSC de Saint-Michel-des-Saints travaille en partenariat avec un médecin pour la prise en charge de la population. Pour l'année 2019-2020, le CISSS accueillera 10 nouvelles IPS, dont 3 ou 4 dans la nouvelle spécialité de santé mentale. Ces dernières seront réparties dans l'ensemble du territoire de Lanaudière. Au cours de l'hiver 2019, les IPS ont été mises à contribution dans le cadre des cliniques de grippe et au niveau de l'urgence.

Service Info-Social - 811

En 2018-2019, afin de simplifier l'accès aux services psychosociaux, les demandes de services ont progressivement été dirigées vers une porte d'entrée unique, soit le service Info-Social au 811. Cette démarche a permis de centraliser l'accueil, l'analyse, l'orientation et la référence afin d'offrir une réponse plus directe et rapide aux usagers de la région, et ce, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

De même, à compter du 1^{er} avril 2019, les citoyens du sud de Lanaudière ainsi que les professionnels et les partenaires qui souhaitent obtenir des services SIPPE-OLO pourront aussi joindre l'Info-Social au 811. Ces services s'adressent aux femmes enceintes et aux familles ayant un enfant âgé de 0 à 5 ans, qui vivent dans un contexte de vulnérabilité.

Soutien à domicile

Au cours de la dernière année, l'équipe du soutien à domicile de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) a respecté la majorité des engagements fixés avec le ministère de la Santé et des Services sociaux au regard de l'accessibilité aux soins et aux services. Voici quelques-uns des résultats obtenus en 2018-2019 :

- Plus de 84 % des usagers ont eu accès aux services de soutien à domicile en moins de 2 semaines;
- Le nombre d'usagers bénéficiant de services de longue durée a augmenté d'environ 10 %;
- Les heures de services dispensés ont augmenté de 17 %;
- La clientèle a pu bénéficier de plus de 850 000 heures de services.

Cela représente donc une amélioration marquée de l'accessibilité et de l'intensité des services offerts.

Malgré l'implantation d'un nouvel outil d'évaluation permettant de favoriser la collaboration et la participation de l'usager, le taux de conformité aux attentes ministérielles a augmenté. Ainsi, les évaluations sont à jour dans près de 90 % des cas, l'une des meilleures performances à ce niveau au plan provincial.

La combinaison de plusieurs stratégies explique ces résultats dont :

- Des investissements importants;
- Le recrutement de 82 nouveaux employés depuis 2 ans;
- Une structure de soutien aux employés qui bénéficient de l'accompagnement de conseillers aux pratiques professionnelles;
- Une gestion de proximité des équipes confiée à un « leader » (assistante au supérieur immédiat ou professionnelle) et une approche interprofessionnelle;
- Des partenariats avec plusieurs résidences du territoire pour des services de proximité selon le choix des usagers.

Attribution des lits d'hébergement en CHSLD privés conventionnés

Au CISSS de Lanaudière, il n'existe pas de distinction dans l'attribution des lits d'hébergement entre le public et le privé. Toutes les demandes passent par le mécanisme d'accès à l'hébergement.

Services aux jeunes et aux familles

Comme partout ailleurs au Québec, le nombre de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) est en hausse dans Lanaudière. Celle-ci s'explique notamment par l'augmentation de la population de même que par une plus grande sensibilisation à l'importance du signalement par l'ensemble des acteurs du milieu tant interne qu'externe.

Année	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Signalements reçus	6 666	7 260	8 205
Signalements retenus	2 210	2 768	2 947

Encore cette année, l'équipe de la DPJ était à pied d'œuvre pour traiter l'ensemble des demandes reçues. Les services d'évaluation-orientation de la DPJ ont connu un accroissement important des évaluations à réaliser. Durant quelques mois, une liste d'attente a dû être gérée. À cet égard, il faut saluer l'engagement des équipes qui, avec l'aide de personnel en surcroît, ont pu rétablir la situation et répondre aux besoins de la clientèle, et ce, par une amélioration des délais de réponse.

Année	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Évaluations complétées	2 277	2 420	2 625
Nombre de révisions	1 781	1 709	1 779

Jeunes en difficulté 6 à 11 ans

Dans ce secteur, l'offre de service a été revue afin d'offrir plus d'accessibilité auprès de la clientèle :

- Offre de service court terme - sud de Lanaudière
 - Les parents de 84 enfants ont pu bénéficier d'intervention court terme familiale;
 - Durée moyenne de service : 57 jours ou moins de 8 semaines;
 - 14 sessions de 3 rencontres de groupe ont été offertes aux parents;
 - 116 parents ont pu bénéficier des ateliers de groupe pour 82 enfants visés.
- Offre de service court terme - Joliette et Saint-Esprit
 - 7 sessions de 5 rencontres de groupe (3 à Joliette/Lavaltrie et 4 à Saint-Esprit/Chertsey);
 - 48 parents participants pour un ou plusieurs enfants.
- Groupe « Confidences » à Mascouche
 - 2 sessions de 5 rencontres pour les 6 à 9 ans;
 - 2 sessions de 5 rencontres pour les 10 à 12 ans;
 - 26 enfants participants.
- Projet Obama : mise en place d'une offre de service mixte, soit le jumelage de rencontres individuelles et de groupe au CLSC Lamater des Seigneurs. Ainsi, la clientèle a pu bénéficier de 5 rencontres de groupe et de 4 rencontres individuelles.

Adoptions et retrouvailles

Depuis l'entrée en vigueur des modifications à la loi concernant l'adoption, le 16 juin 2018, une hausse des demandes d'information de la part des personnes adoptées et des parents biologiques est remarquée. Il faut noter que ces demandes sont effectuées sur le plan national auprès de l'équipe centralisée de la Montérégie.

Demandes de recherches d'antécédents et de retrouvailles réalisées et terminées durant l'année			
	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Recherches d'antécédents	5	3	13
Retrouvailles	8	7	2

Quant au nombre d'adoptions, il a légèrement diminué par rapport à 2017-2018.

Adoptions d'enfants réalisées en cours d'année			
	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Nombre d'adoptions québécoises	7	10	8
Nombre de situations d'adoptions internationales impliquant la DPJ	6	7	5

Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

En 2018-2019, des efforts constants ont été consentis à l'actualisation du Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme du MSSS. En visant une meilleure intégration des soins et des services, la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DDI-TSA-DP) s'est centrée sur les besoins des personnes et a mis en place les moyens nécessaires pour assurer une prestation de services accessibles, de qualité et continus.

Un suivi étroit de l'accessibilité, régi par un mécanisme centralisé de gestion des listes d'attente, a permis l'atteinte des cibles du plan d'accès avec un taux de 98,7 % en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme et de 99,3 % en déficience physique. Ce mécanisme permet également d'assurer un suivi quotidien des attentes internes ainsi que d'ajuster, de développer et de déployer des effectifs en fonction des besoins de la clientèle.

Par le respect du délai moyen d'accès à un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans, la DDI-TSA-DP a facilité le développement optimal et la participation sociale des enfants ayant une déficience ou un TSA. Le délai est passé de 122 jours en 2017-2018 à 63 jours en 2018-2019, soit 27 jours sous la cible visée pour 2020, qui est de 90 jours. Cette diminution marquée a été possible en grande partie grâce à l'implantation de la trajectoire de services intégrés pour la clientèle de 0 à 7 ans, qui est davantage axée sur la réponse aux besoins de l'enfant que sur le diagnostic.

Un mécanisme de suivi quotidien formel a été instauré pour assurer un soutien intégré des usagers en niveau de soins alternatifs. L'une des actions déterminantes a été de formaliser l'assignation d'un intervenant pivot pour assurer un accompagnement et un soutien intégrés ainsi que de faciliter les liens interdirections. Soulignons que ce suivi a eu un impact positif sur le plan d'accès pour les usagers en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI).

Délai d'attente et durée moyenne de séjour en URFI			
		2017-2018	2018-2019
Délai d'attente	Nord	10 jours	5 jours
	Sud	8 jours	5 jours
Durée moyenne de séjour	Nord	37 jours	30 jours
	Sud	42 jours	35 jours

Plan d'action sur le TSA

Les investissements liés au Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA) du MSSS ont permis le rehaussement des ressources pour desservir la clientèle de tout âge, favorisant ainsi la consolidation des équipes interdisciplinaires. Ce rehaussement a contribué à la réduction de la liste d'attente et à l'augmentation du nombre de nouveaux usagers desservis. Il est à noter que le nombre d'usagers en liste d'attente a diminué plus significativement à la jeunesse (8 à 21 ans), passant de 142 en 2017-2018 à 110 cette année.

Nombre d'usagers ayant un TSA en liste d'attente pour un premier service spécialisé		
	2017-2018	2018-2019
0 à 7 ans	63	64
8 à 21 ans	142	110
22 ans et plus	11	10
Total	216	184

Tout comme observé en 2017-2018, le nombre d'usagers desservis en services spécialisés en jeunesse (8 à 21 ans) est en constante progression. En 2018-2019, une augmentation significative est également notée pour les enfants (0 à 7 ans) et les adultes (22 ans et plus).

Nombre d'usagers ayant un TSA desservis en services spécialisés		
	2017-2018	2018-2019
0 à 7 ans	399	547
8 à 21 ans	403	521
22 ans et plus	55	98
Total des usagers desservis	857	1 166

Enfin, grâce aux investissements, il a été possible d'octroyer une allocation de soutien à la famille pour 43 nouvelles familles et ainsi d'éliminer la liste d'attente pour ce programme. Soulignons enfin que des travaux visant la centralisation de la gestion du programme Soutien à la famille ont débuté en 2018-2019 afin d'en assurer une gestion centralisée régionale et une harmonisation des critères d'accès, et ce, dès le premier trimestre de 2019-2020.

Santé mentale adulte

En 2018-2019, la liste d'attente pour une première consultation médicale en psychiatrie s'est maintenue (celle-ci avait diminué de 77,8 % en 2017-2018). On observe une hausse de 4 % du nombre de personnes rencontrées dans les cliniques externes ainsi qu'une hausse de 10 % du nombre de personnes ayant reçu des services des hôpitaux de jour. Un premier pair aidant a intégré l'équipe de la MRC de L'Assomption.

Bonification de l'offre de service

Parallèlement aux travaux menés afin d'améliorer l'accès, des travaux se sont poursuivis afin de bonifier l'offre de service.

Accessibilité aux services de langue anglaise

En 2018-2019, soucieux de mieux répondre aux besoins de la communauté anglophone, l'établissement a diffusé plusieurs outils pour faciliter les communications des membres du personnel avec les usagers anglophones, dont :

- Le nouveau *Guide pour l'interprétariat et la traduction*, qui inclut notamment de l'information sur les différents organismes offrant des services d'interprétariat dans la région, la procédure pour la traduction de documents ainsi que plusieurs références pertinentes;
- Le Registre des membres du personnel qui parlent une autre langue que le français, qui permet de faire appel, en situation d'urgence, à un collègue maîtrisant la langue de l'utilisateur pour s'assurer de sa compréhension des soins reçus.

Le CISSS a également constitué un répertoire des documents traduits en anglais et a poursuivi la traduction d'outils variés (formulaires, rapports et documents cliniques, dépliants, etc.) pour les usagers anglophones.

Tout au long de l'année, le CISSS a maintenu un partenariat dynamique avec l'Organisation de la communauté anglophone de Lanaudière (OCAL), qui constitue un intermédiaire privilégié pour assurer le lien avec la communauté anglophone lanaudoise. En collaboration avec cet organisme, le CISSS a offert aux membres du personnel œuvrant auprès de la clientèle la possibilité de participer à des groupes de conversation en langue anglaise. Plus de 60 d'entre eux ont pris part à cette activité afin de développer et de consolider leurs habiletés à s'exprimer dans cette langue.

Les membres du personnel intéressés ont également pu suivre une formation universitaire en langue anglaise en ligne, élaborée pour le réseau de la santé et des services sociaux et offerte par l'Université McGill.

Enfin, le comité langue anglaise du CISSS a continué ses travaux et les prochains mois seront consacrés aux démarches pour la constitution du comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et à des services sociaux en langue anglaise de Lanaudière et à la rédaction du nouveau programme d'accès pour la région.

Projet pilote sur les ratios infirmières/patients

À la suite de l'entente conclue entre le MSSS et la FIQ, l'un des 17 projets pilotes de la province sur les ratios infirmières/patients s'est déroulé à l'unité du 4^e Ouest de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG). Le CISSS a formé un comité paritaire, composé de membres des instances patronales et syndicales ainsi que d'un chargé de projet. Plus précisément, le projet s'est divisé en 3 parties, soit la phase de préimplantation (août-septembre 2018), la phase d'implantation (octobre 2018 à fin janvier 2019) et la phase de clôture (février 2019). Les nouveaux ratios ont été maintenus au 4^e Ouest suivant la fin du projet.

Programme québécois de cancérologie

L'introduction de l'outil de détection de la détresse au sein des cliniques d'oncologie permet de soutenir l'utilisateur et sa famille et d'offrir des références auprès d'intervenants psychosociaux tout au long de l'épisode de soins.

Télésanté

Au niveau de la télésanté, un projet pilote visant les soins aux grands brûlés a été amorcé et verra le jour au cours de 2019-2020.

Prévention et contrôle des infections (PCI)

Dans un objectif d'amélioration de la prévention et du contrôle des infections, l'établissement a entrepris plusieurs actions, dont voici les principales :

- Campagne annuelle d'hygiène des mains;
- Implantation du programme informatique Nosokos – Secteur Nord;
- Implantation du processus de gestion des zones grises en centre d'hébergement;
- Réalisation de 3 audits d'hygiène des mains en cours d'année;
- Adoption et mise en application de la procédure sur la prévention et le contrôle de la transmission du virus varicella-zoster;
- Rédaction de l'offre de service pour la vaccination du personnel d'Optilab LLL;
- Campagne annuelle de vaccination antigrippale – volet membres du personnel;
- Adoption du programme de prévention et contrôle des infections par le conseil d'administration;
- Harmonisation nord/sud de la procédure postexposition à la gastroentérite – volet membres du personnel;
- Harmonisation nord/sud de la procédure postexposition à un syndrome d'allure grippale – volet membres du personnel.

Mère-enfant-famille

Au cours de la dernière année, on compte 3 012 accouchements à l'HPLG et 1 408 au CHDL. Cela représente une augmentation de plus de 200 accouchements à l'HPLG et une diminution de 88 accouchements au CHDL, comparativement à l'année précédente.

Prise de rendez-vous en ligne pour les vaccins avant l'entrée à la maternelle

Les parents de la MRC de L'Assomption et de la MRC Les Moulins peuvent désormais prendre un rendez-vous en ligne pour la vaccination de rappel de leur enfant avant l'entrée à la maternelle via le site Web du CISSS. Ce projet est une réalisation des équipes jeunesse et vise à améliorer l'accessibilité aux services de vaccination. À ce jour, plus de 81 % des rendez-vous se prennent en ligne.

Protection de la jeunesse

En 2018-2019, du personnel en surcroît a été embauché et diverses autres mesures ont été mises en place afin de gérer et de diminuer la liste d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse.

Jeunes en difficulté

Grâce à une subvention du gouvernement fédéral, l'équipe de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) a développé une offre de service pour les jeunes contrevenants touchant particulièrement la clientèle nécessitant des niveaux d'intensité de services plus élevés. Plus spécifiquement, cette offre s'actualise à travers une programmation d'activités pour la clientèle relevant de l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents. Une diminution des délits est remarquée dans la région ainsi qu'une diminution du nombre d'adolescents contrevenants de 12 à 17 ans.

Nombre d'adolescents contrevenants ayant reçu des services de la DPJ			
	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Filles	129	124	107
Garçons	597	584	542
Total	726	708	649

Unissant leurs efforts, la DPJ et la Direction du programme jeunesse (DJ) ont établi un consensus clinique sur les services et les moyens à mettre en place pour mieux répondre aux besoins des enfants présentant une problématique de santé mentale, suivis en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse ou de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents.

De plus, le financement reçu pour l'ajout de 2 postes de psychologues, en 2018-2019, permettra l'offre de services psychologiques pour les enfants suivis en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse ou de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents. Les délais d'attente pour les enfants ayant besoin d'un suivi thérapeutique seront ainsi diminués.

Jeunes en difficulté 0 à 5 ans – Secteur psychosocial

Une nouvelle offre de service en psychologie pour les enfants suivis dans les programmes de services intégrés de périnatalité petite-enfance/jeunes en difficulté de 0 à 5 ans s'est déployée au nord de Lanaudière en concordance avec l'offre de service déjà existante au sud de Lanaudière. Cette bonification permet de répondre à des besoins spécifiques chez les familles ayant de jeunes enfants, à proximité de leur résidence.

Jeunes en difficulté 12 à 18 ans – Secteur psychosocial

Une bonification des services a eu lieu à la suite de la fusion d'une équipe offrant des services psychosociaux en CLSC à une équipe psychosociale travaillant en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse entamée l'an dernier. Les adolescents et leurs parents peuvent maintenant participer à des ateliers thématiques, animés par des intervenants des 2 missions. Ainsi, pour le secteur 12 à 18 ans, 79 jeunes et 20 parents ont pu profiter du déploiement de rencontres de groupe Charme (groupe de suivis éducatifs) et ÉMOJI (gestion des émotions pour adolescents).

Services de santé préventive en réadaptation en internat et en foyers de groupe

À la suite d'un travail de réaménagement de l'offre de service réalisé en fonction de l'analyse des besoins de la clientèle, les enfants hébergés en réadaptation en internat et en foyers de groupe ont désormais accès à des soins infirmiers 7 jours sur 7. En plus des soins et des services déjà offerts, les jeunes hébergés peuvent maintenant profiter de la mise à jour de leur couverture vaccinale de même que de services de contraception et de dépistage des ITSS. Ainsi, ce sont plus de 75 dépistages ITSS qui ont été réalisés auprès de cette clientèle.

Dépistage des ITSS chez les 15 à 24 ans

Plusieurs actions ont été mises en place au cours de la dernière année afin d'augmenter l'accessibilité au dépistage des ITSS chez les jeunes. Par l'ajout de ressources infirmières dans les secteurs jeunesse, les services de dépistage des ITSS sont maintenant offerts dans de nouveaux milieux et l'accessibilité en est accrue dans

les milieux où ils étaient déjà offerts. Différentes activités de promotion et de prévention ont aussi été réalisées en collaboration avec les partenaires des milieux scolaire et communautaire. Cette année, 3465 dépistages d'ITSS ont été effectués auprès des jeunes de 15 à 24 ans.

Déficiência intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiência physique

Au cours de la dernière année, plusieurs travaux se sont poursuivis et d'autres ont été initiés tout en visant une meilleure intégration des soins et des services afin de permettre à l'usager, à sa famille et à ses proches de bénéficier d'une expérience de soins et de services de qualité :

- Implantation de la trajectoire de services intégrés pour les enfants de 0 à 7 ans qui s'est terminée durant l'année et de laquelle découlent l'élaboration et l'harmonisation de l'offre de service en retard de développement;
- Arrimage interdirections avec la DJ et la DPJ permettant d'améliorer l'accessibilité et la fluidité des services non seulement pour la clientèle en enfance (0 à 7 ans), mais également en jeunesse (8 à 21 ans);
- Actualisation d'un modèle d'intervention soutenue en milieu de garde pour les enfants de moins de 6 ans qui présentent un TSA. Ce sont 15 enfants différents qui ont reçu, en moyenne, 19,4 heures par semaine de prestation de services par une équipe interdisciplinaire;
- Renouvellement d'ententes avec 9 organismes communautaires sur le territoire lanaudois, permettant d'augmenter l'accès à des activités socioprofessionnelles pour la clientèle âgée de 18 ans et plus. Plus d'une centaine d'usagers peuvent ainsi poursuivre des activités socioprofessionnelles;
- Déploiement de l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) auprès de la clientèle adulte en DI, TSA et DP permettant d'harmoniser le processus d'évaluation annuelle de ses besoins. Ce sont 91,6 % des usagers actifs aux services de soutien à domicile qui ont une évaluation globale des besoins et un plan d'intervention à jour.

Santé mentale adulte

Le déploiement du Cadre de référence - Programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PEP) en 2017-2018 a permis à la Direction des programmes santé mentale et dépendance de mettre en place des équipes y étant dédiées, dont le but est de faire des interventions rapides avec une grande intensité pour les jeunes adultes qui vivent un premier épisode psychotique. Ainsi, les rechutes sont évitées et l'impact de la maladie sur le fonctionnement de la personne est réduit au maximum. À ce jour, 126 usagers ont profité d'un traitement dans ce programme.

En 2018-2019, l'équipe dédiée aux usagers ayant un trouble de la personnalité limite (TPL) a élaboré une nouvelle offre de service en CLSC ayant pour titre « Family Connection » pour ces personnes et leur entourage, au sud de la région. L'approche adoptée, qui implique des interventions individuelles et de groupe, s'inspire de la « thérapie comportementale dialectique », dont le but est de développer les compétences de ces personnes pour renforcer leurs comportements fonctionnels, la maîtrise de leurs émotions ainsi que leurs capacités à tolérer la détresse et à éprouver du plaisir.

Au nord de la région, le programme Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ou réduction du stress basée sur la pleine conscience a été mis en place : 3 intervenants ont été formés à ce jour et 4 groupes ont été offerts, à l'automne 2018 et à l'hiver 2019.

Afin de poursuivre la mission de mise en place d'activités permettant le développement de saines habitudes de vie pour la clientèle en santé mentale, et grâce au soutien financier de la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière, les unités de soins de longue durée en santé mentale (unités 4C et 4D du CHDL) ont fait l'acquisition de 8 nouvelles bicyclettes. En plus de favoriser l'intégration de l'activité physique au quotidien, plusieurs usagers pourront ainsi s'amuser à l'extérieur, dans la communauté.

Dépendance

Tant sur le plan provincial que national, 2 événements importants ont eu des impacts sur la pratique d'intervention dans ce secteur :

- Le dépôt du Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (PAID), en août 2018, qui définit les actions à instaurer dans le but d'assurer un meilleur continuum de service visant à limiter les conséquences liées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet. Conjugué aux travaux entourant la norme dépendance de l'agrément, le PAID a favorisé le début d'une réflexion entourant l'offre de service dans le but de bonifier les processus cliniques, travaux qui se poursuivront au cours de la prochaine année, et d'harmoniser les pratiques sur le plan régional.
- La légalisation du cannabis en octobre 2018 visant à contrôler la production, la distribution, la vente ainsi que la possession de cannabis partout au Canada. Celle-ci a modifié les protocoles au niveau du Programme d'évaluation et de réduction du risque de conduite avec les capacités affaiblies.

Soutien à domicile

Une deuxième unité de formation clinique s'est ajoutée à celle du soutien à domicile (SAD) en collaboration avec le groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) du sud de Lanaudière. En effet, le CISSS a été ciblé pour mettre en place un projet novateur, soit une unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire (UFCI-U), initiative du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUIS) de l'Université de Montréal. Cette UFCI-U a été implantée au centre d'hébergement du Centre multiservices de santé et de services sociaux Claude-David afin de créer des milieux propices à l'apprentissage interprofessionnel de soins aux personnes âgées vulnérables pour les futurs professionnels de soins de première ligne. Une formation a été mise en place à l'automne 2018 et a été dispensée en mars 2019.

Ce type d'unité de formation clinique permet entre autres une augmentation des services résultant d'une pratique plus efficace et pertinente, une plus grande qualité de service grâce à une concertation entre les divers intervenants et une prise en compte des choix de la personne âgée et de ses proches ainsi qu'une formation concrète à l'approche collaborative impliquant professionnels et usagers partenaires.

Par ailleurs, l'accueil de stagiaires en travail social au sein de l'équipe du SAD du CLSC Meilleur, durant 8 mois de l'année, a permis d'ajouter 7 recrues au programme de rétention des stagiaires, créant ainsi de la relève pour Lanaudière. Ces résultats encourageants témoignent de la mobilisation de l'équipe SAD dans la démarche de recrutement.

Mené en collaboration avec l'Université de Montréal et l'Université du Québec en Outaouais, ce projet novateur permet d'améliorer le contexte d'apprentissage et d'augmenter notre capacité d'accueil de stagiaires tout en favorisant le recrutement de nouvelles ressources.

Hébergement en CHSLD

À la suite du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD, tenu en mai 2017, les 19 engagements du PDG ont été actualisés pour l'ensemble des CHSLD du CISSS. Ces engagements touchaient les soins et les services aux résidents, les rôles et les responsabilités des intervenants, le milieu de vie adapté, la gestion de proximité ainsi que le partenariat avec les comités.

À la fin de l'année 2018-2019, 75 % des résidents qui en avaient manifesté le désir et qui répondaient aux critères recevaient leur deuxième bain. Ce portrait varie en fonction des désirs exprimés par les résidents ainsi que de la disponibilité du personnel de soutien et d'assistance.

Par ailleurs, le déploiement du projet ministériel d'amélioration de l'offre alimentaire en hébergement s'est achevé à l'automne 2018 pour l'ensemble des CHSLD de la région, grâce à l'implication des comités des résidents, des gestionnaires, des nutritionnistes, des employés des services alimentaires et du personnel de soins des milieux de vie. Ce projet avait pour but d'améliorer l'offre alimentaire, de standardiser des recettes et d'harmoniser les régimes et les textures selon des balises établies afin d'optimiser la sécurité de la clientèle hébergée.

De plus, un projet ayant pour but de réduire l'usage des antipsychotiques chez les résidents atteints de troubles neurocognitifs, mené dans le cadre de la démarche ministérielle d'optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services - antipsychotiques (OPUS - AP), a eu lieu aux centres d'hébergement de L'Assomption, de Repentigny, Saint-Antoine-de-Padoue et Saint-Eusèbe. Des kiosques d'information ont été tenus à l'intention des employés et des familles. La démarche OPUS-AP a obtenu des résultats probants, démontrant les effets positifs d'une déprescription d'antipsychotiques auprès des résidents de CHSLD présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

La phase 1 s'est déroulée entre janvier et octobre 2018 au Centre d'hébergement de L'Assomption et dans 24 unités de CHSLD du Québec. La phase 2 a fait l'objet d'une collecte de données de mars à décembre 2018 et s'étendra cette fois sur 331 unités dans 134 CHSLD. Pour la région de Lanaudière, la phase 2 se déroulera dans les centres d'hébergement Saint-Antoine-de-Padoue, Saint-Eusèbe et de Repentigny. Le MSSS souhaite étendre le projet à l'ensemble des CHSLD du Québec au cours d'une troisième phase.

Ouverture d'une unité de transition au Centre d'hébergement de Repentigny

Pour faire face à la congestion hospitalière à l'HPLG et offrir un environnement répondant davantage aux besoins des usagers, une unité de transition a été ouverte, en février 2019, au Centre d'hébergement de Repentigny. Dix lits y ont été aménagés en vue d'accueillir la clientèle hospitalisée en attente d'hébergement. Afin de mettre en place cette unité, les activités du Centre de jour L'Escale de Repentigny ont été transférées au Centre de jour L'Escale de L'Assomption.

Services préhospitaliers d'urgence

Le secteur de Saint-Michel-des-Saints s'est vu octroyer un rehaussement de 98 heures supplémentaires par semaine en couverture ambulancière permettant ainsi d'ajouter une deuxième équipe d'ambulanciers paramédicaux 24 heures/24, 7 jours/7.

Un service ambulancier est maintenant présent en permanence dans la communauté de Manawan. Ainsi, 2 ambulanciers paramédicaux et un véhicule ambulancier adapté aux conditions routières de ce secteur sont disponibles 24 heures/24, 7 jours/7.

L'équipe des services préhospitaliers d'urgence a offert de la formation continue à plus de 475 premiers répondants de la région au cours de l'année. De plus, elle a collaboré à l'optimisation de divers services de premiers répondants afin que ces derniers obtiennent la certification nécessaire pour appliquer les protocoles de premiers répondants niveau 2. Cette nouvelle offre de service inclut, entre autres, les interventions en traumatologie relatives aux accidents de la route ainsi que tous les types de chutes.

Colloque de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

En novembre 2018, le CISSS a tenu son premier colloque sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Pneumologues, inhalothérapeutes et infirmières cliniciennes y ont animé des présentations au bénéfice des usagers aux prises avec cette maladie. De plus, les participants ont eu la possibilité de recevoir gratuitement le vaccin contre la grippe saisonnière.

Présence des proches d'un usager hébergé ou hospitalisé

Un nouveau règlement sur la présence des proches d'un usager hébergé ou hospitalisé dans les installations du CISSS et dans les ressources intermédiaires a été adopté en cours d'année. L'orientation privilégiée vise à favoriser le bien-être et le rétablissement des usagers tout en facilitant les contacts avec la famille et les proches, considérés comme des partenaires importants.

Une organisation en mouvement

Ressources humaines

Au cours de l'année 2018-2019, le CISSS et les 3 syndicats présents dans l'établissement, soit la FIQ, la CSN et l'APTS, ont signé les nouvelles dispositions locales des conventions collectives, dans un même esprit de collaboration. Ces ententes, cohérentes avec la réalité du CISSS, représentent des gains en ce qui a trait à l'amélioration du milieu de travail pour les employés et à l'accessibilité aux services pour la population lanauchoise. Elles constituent également des leviers pour l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre.

En matière d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre, le CISSS a redoublé d'efforts pour pourvoir les postes disponibles. Ainsi, tout au long de l'année, des représentants du CISSS ont participé à des activités de recrutement diversifiées - journées carrières, congrès d'ordres professionnels, visites en classe, salons de l'emploi régionaux, portes ouvertes dans plusieurs installations du CISSS, etc. - qui ont permis de combler des besoins dans différents types d'emplois cliniques, administratifs et de soutien.

Grâce à une entente intervenue avec la FIQ, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes qui détiennent un poste dans l'organisation, une offre permettant le rehaussement du nombre d'heures de leur poste, dans différents centres d'activités ciblés, a permis d'augmenter la force de travail et de favoriser la stabilité des équipes cliniques. Au terme de ce processus, 261 équivalents temps complet ont été ajoutés à la structure de postes actuelle.

Le CISSS a par ailleurs procédé à la refonte du programme d'accueil des nouveaux employés. Ainsi, il tient maintenant une journée d'accueil par semaine au cours de laquelle des membres du personnel de différents secteurs de l'organisation leur transmettent l'information utile en vue de faciliter leur intégration. Un programme d'accueil des nouveaux gestionnaires a aussi débuté en 2018. S'échelonnant sur

une période de 4 semaines, il a pour objectif de permettre aux nouveaux gestionnaires d'être efficaces rapidement dans l'exercice de leur rôle et de leurs responsabilités.

Le CISSS a également amorcé un virage prévention visant à soutenir le développement d'une culture de promotion et de prévention durable au travail et ainsi contribuer à la qualité des soins et des services aux usagers. À moyen terme, le but est d'augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre tout en s'assurant de fournir un environnement sain, sécuritaire, mobilisateur et attractif. Dans le cadre de ce virage prévention, en plus de la mise sur pied d'une équipe de soutien à l'amélioration continue en prévention, l'établissement a mis en place 3 démarches novatrices. En effet, en collaboration avec les employés, les syndicats et les gestionnaires, le CISSS a procédé à une évaluation des conditions d'exercice et à la mise en place d'un plan d'action au sein de différents milieux à l'intérieur des multiples missions du CISSS.

Afin de favoriser le bien-être et le développement des membres du personnel et de reconnaître l'importance de leur rôle dans la réalisation de la mission du CISSS, un comité reconnaissance a été mis en place en août 2018. Il a pour mandat d'élaborer et de réaliser le programme de reconnaissance de l'établissement et de mettre en œuvre des moyens inspirants pour favoriser la reconnaissance.

De plus, le comité santé et mieux-être du CISSS a renouvelé la programmation d'activités physiques, offrant la possibilité aux membres du personnel de suivre différents cours en milieu de travail.

Enfin, plusieurs autres actions se sont poursuivies à l'égard de la valorisation de la présence au travail du personnel, laquelle constitue un élément essentiel à la mise en œuvre de l'offre de soins et de services à la population du territoire.

Gestion de l'information

Avril 2018 a marqué la fin du projet par lequel la DRI LLL a procédé à la consolidation des systèmes de gestion matérielle et financière des anciennes constituantes en étendant l'application Virtuo à l'ensemble des installations, dans le but d'uniformiser la transmission des demandes de biens et de services au Service logistique d'approvisionnement.

Dans le dossier du remplacement du système de messagerie électronique Lotus Notes par la solution Microsoft Outlook, la DRI LLL a finalisé les activités de migration en juin 2018. Cela équivaut à tout près de 8 000 boîtes courriel migrées pour le CISSS de Lanaudière.

En respect d'une entente de gestion et d'imputabilité, la DRI LLL a vu à la livraison de plus de 500 portables et autant d'appareils cellulaires pour la mise en production de l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI), projet qui s'est terminé en juin 2018.

En octobre 2018, dans le cadre de la mise en place des systèmes d'information unifiés (SIU), programme dicté par le MSSS, la DRI LLL a déployé l'accès à l'environnement numérique d'apprentissage (ENA). L'ENA regroupe sur une même et seule plateforme toutes les capsules vidéo de formation produites par le réseau de la santé et des services sociaux. Les employés du CISSS de Lanaudière peuvent donc maintenant avoir accès à l'ensemble de ces capsules.

En novembre 2018, l'application eEspresso (Logibec) a été déployée à l'échelle de toute l'organisation. Six systèmes de gestion des ressources humaines et de paie ont été fusionnés dans le cadre de ce projet. Ce travail colossal a été possible grâce à

l'engagement et l'investissement des représentants de toutes les directions ayant collaboré à ce projet d'envergure.

De même, en novembre 2018, le CISSS a procédé au regroupement des bases de données des réseaux locaux de services nord et sud dans le logiciel Réseau de services intégrés pour les personnes adultes (RSIPA), utilisé par plus de 1 000 intervenants des secteurs de l'hébergement et du soutien à domicile du CISSS.

Dans le cadre du déploiement du Dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net, plusieurs activités ont eu lieu : kiosques d'information, démonstrations du logiciel, tournée de certains secteurs dans les hôpitaux, etc. L'implantation du nouvel outil DCI Cristal-Net a été effectuée dans 4 CLSC au nord de Lanaudière, où les employés ont pu se familiariser avec le module Dossier patient électronique (DPÉ). Dans le cadre de cette démarche, le CISSS a procédé à un vaste chantier d'harmonisation des formulaires cliniques. Il a également aménagé un nouveau centre de numérisation au CHDL, qui assurera la numérisation et le contrôle de la qualité des documents versés au DPÉ. À noter que, dans la foulée de la réalisation de l'ensemble de ces travaux, la DRI LLL, appuyée par l'équipe de projet DCI du CISSS de Lanaudière, a procédé à une analyse d'impact venant confirmer le choix de la solution Cristal-Net comme solution DCI d'avenir. La production de cette analyse d'impact était une commande ministérielle.

En mars 2019, la DRI LLL a appuyé le Service du contentieux et des affaires juridiques dans le déploiement d'un système informatisé pour les demandes de services juridiques. L'implantation de l'application JurisÉvolution permettra la création d'un dossier électronique, une gestion intégrée des dossiers, une expérience client améliorée et un accès intégral au dossier en tout temps et sur toutes les plateformes.

Projet d'optimisation des services de biologie médicale - Optilab Laval-Lanaudière-Laurentides (LLL)

La direction d'Optilab LLL, rattachée au CISSS de Laval, réunit environ 775 employés répartis dans 9 laboratoires ainsi que dans 19 centres de prélèvements répartis dans les 3 régions. Le département clinique de médecine de laboratoire, regroupant tous les médecins œuvrant au sein des laboratoires, compte 123 médecins spécialistes et est rattaché au CMDP du CISSS de Laval.

Afin d'assurer la coordination avec le CISSS de Lanaudière, le comité directeur et le comité aviseur stratégique ont poursuivi leurs travaux.

La collaboration interlaboratoires s'est progressivement installée donnant quelques avancées positives comme l'élimination des délais d'analyses pour le dépistage du cancer du col de l'utérus pour l'ensemble de la grappe LLL.

Au mois de mars 2019, le CISSS de Laval a procédé à l'annonce de l'emplacement du laboratoire serveur à la suite d'une décision ministérielle. Le scénario retenu consiste à installer le laboratoire serveur dans le sud de la région des Laurentides.

En novembre 2018, la grappe LLL a débuté sa démarche en vue de l'accréditation ISO 15189 avec la visite du Bureau de normalisation du Québec (BNQ), dépositaire des normes ISO pour le Québec. L'accréditation ISO des 9 laboratoires de la grappe LLL est prévue pour le mois de juin 2020. Elle remplacera celle d'Agrément Canada.

Des travaux d'amélioration des services de prélèvements ont été menés dans plusieurs centres des 3 régions. Un projet pilote pour optimiser l'offre de service au CLSC de la Pinière a été lancé en janvier 2019, incluant une prise de rendez-vous en ligne et des heures d'ouverture étendues.

Un service de médecine transfusionnelle unique pour la région de Lanaudière a été mis en place en fusionnant les équipes du nord et du sud vers le centre désigné de l'HPLG.

Stages

En 2018-2019, le CISSS a apporté une contribution majeure à la formation de la relève en accueillant 2 027 étudiants provenant de 10 établissements universitaires, de 12 collèges ainsi que de 12 commissions scolaires ou autres maisons d'enseignement. Les étudiants inscrits à un programme universitaire proviennent de 23 disciplines, alors que ceux des autres maisons d'enseignement acquièrent leur formation dans 31 corps d'emploi différents.

Répartition des étudiants	
Catégorie de stages	Nombre d'étudiants
Médecins résidents en médecine familiale	51
Autres médecins résidents	114
Pré-externat et externat en médecine	98
Stages universitaires en soins infirmiers	253
Autres stages universitaires	259
Stages de niveau collégial en soins infirmiers	453
Autres stages des collèges ou d'autres maisons d'enseignement	799
Total	2 027

Les équipes de soins infirmiers ont accueilli 706 étudiants. La reconnaissance par l'Université de Montréal de l'importance de l'offre de stages en soins de première ligne, l'accueil de 28 stagiaires en santé communautaire et la contribution à l'offre de stages en soins critiques avec 81 stagiaires méritent d'être soulignés parmi les réalisations en enseignement cette année.

Le CISSS a, par ailleurs, adopté une politique sur l'enseignement et la formation pratique des stagiaires permettant d'obtenir l'engagement de toutes les personnes œuvrant au CISSS à contribuer à la formation pratique de stagiaires, tant au niveau de la formation professionnelle au secondaire qu'aux niveaux collégial et universitaire. Le développement d'une culture d'enseignement pratique constitue un ancrage clé pour l'actualisation des activités d'enseignement.

De même, grâce à la centralisation de la coordination des stages à la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, et à l'application de cette politique, une meilleure gestion de l'offre de stages, un meilleur suivi avec les maisons d'enseignement et une meilleure rétention des stagiaires sont obtenus.

Création d'un fonds de recherche dans la région

En octobre dernier, un fonds de soutien à la recherche de première ligne a été créé au groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Saint-Charles-Borromée en collaboration avec la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière et la direction du CISSS. Il a pour mission d'améliorer les soins et la santé de la population de la région lanauoise et de catalyser la recherche au GMF-U en lien avec les activités du laboratoire ARIMED. Il sert, entre autres, à amorcer des projets non subventionnés et à favoriser le développement et le transfert des connaissances.

Bibliothèque

Au cours de 2018-2019, la bibliothèque du CISSS a accéléré le virage numérique des collections. Plus de 80 % de la collection de revues est maintenant disponible en ligne et plus de 300 livres numériques ont été ajoutés au catalogue.

Développement durable

Deux déshydrateurs thermiques ont été implantés dans les cuisines du CHDL en juin 2018. Ces équipements sont les premiers implantés au Québec dans le réseau de la santé et des services sociaux et font du CHDL un précurseur dans cette nouvelle façon de traiter les matières organiques non consommées. Grâce à cette technologie novatrice, les matières organiques générées par le Service alimentaire et la cafétéria de l'installation sont réduites en poudre de résidus organiques déshydratés, par la suite donnée à une entreprise locale qui l'utilise comme fertilisant pour la production de toits végétalisés. Ce projet, qui permettra de détourner plus de 60 tonnes métriques par année de déchets organiques des sites d'enfouissement, a fait l'objet d'un reportage de Radio-Canada sur l'économie circulaire. Le CISSS a par ailleurs été invité à présenter ce projet de récupération de résidus alimentaires au Congrès Americana, événement international sur les technologies environnementales, qui avait lieu à Montréal en mars 2019.

Depuis 2 ans, le CISSS est engagé dans un processus visant à remplacer sa flotte de véhicules à essence par des véhicules hybrides (le CISSS en possède déjà 14). De plus, des travaux visant l'installation de 24 bornes de recharge électrique seront réalisés d'ici l'été 2019.

Maltraitance envers les aînés ou les adultes en situation de vulnérabilité

La nouvelle politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité a été adoptée en décembre 2018. Cette politique est applicable dans toutes les installations du CISSS ainsi que dans tous milieux où œuvrent des membres du personnel du CISSS ou qui ont un contrat avec l'établissement, soit les ressources d'hébergement intermédiaires et de type familial (RI-RTF), les résidences privées pour aînés (RPA) et les CHSLD privés (achat de places). Elle a pour objectifs généraux de :

- Promouvoir la bientraitance, la protection et le respect des personnes aînées et de toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
- Lutter contre la maltraitance en promulguant les orientations, les stratégies et les mesures mises en place dans l'établissement pour y parvenir;
- Responsabiliser l'ensemble des prestataires de soins et de services sur la thématique de la maltraitance.

Par ailleurs, un représentant du CISSS participe aux rencontres du comité régional de lutte à la maltraitance envers les personnes aînées.

Plan d'action à l'égard des personnes handicapées

L'établissement a poursuivi la mise en œuvre de son plan d'action à l'égard des personnes handicapées. Différentes activités de formation et de sensibilisation des acteurs clés au sein de l'établissement ainsi que l'adaptation des approches permettant d'améliorer l'intégration des personnes handicapées ont eu lieu :

- Nouvelles formations offertes pour aider les membres du personnel à mieux intervenir auprès des personnes vivant avec une déficience visuelle ou avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA);

- Consultation d'intervenants cliniques, experts en accessibilité, par la Direction des services techniques lors de projets de construction ou de réaménagement de sites, entre autres pour améliorer la signalisation et l'accès aux personnes à mobilité réduite (espaces et guérites de stationnement, toilettes, etc.);
- Formation offerte à l'équipe de dotation de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques sur le Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées;
- Mise en place de mesures d'aménagement pour des employés vivant avec un handicap;
- Contribution à l'organisation d'un salon de l'emploi régional pour les personnes vivant avec un handicap;
- Implication au comité pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées de Lanaudière.

Politique gouvernementale de prévention de la santé

Dans le cadre de la *Politique gouvernementale de prévention en santé*, la Direction de santé publique (DSPublique) a obtenu du MSSS une aide financière non récurrente de 65 000 \$ afin de soutenir la réalisation d'une évaluation d'impact sur la santé portant sur le projet d'aménagement d'une aire industrielle en collaboration avec une municipalité de la région. La DSPublique a également obtenu du MSSS un montant non récurrent de 135 795 \$, par année sur 3 ans, afin de financer des projets proposés par les communautés locales défavorisées pour un meilleur accès économique et géographique aux aliments sains. Ce financement est mis en œuvre par le Plateau lanaudois intersectoriel sur les saines habitudes de vie.

Légalisation du cannabis

La DSPublique a été active dans le cadre de la nouvelle loi fédérale sur le cannabis et la loi sur l'encadrement du cannabis au Québec. Elle a réalisé 17 activités sur les effets du cannabis et les enjeux de santé publique liés à sa légalisation. Ces activités ont été offertes au CISSS et dans divers organismes (communautaires, milieux de travail, commissions scolaires, cégep, municipalités, cliniques médicales) afin de les sensibiliser ou de former des intervenants. Ainsi, 475 personnes ont été rejointes par ces activités, ce qui porte le nombre à plus de 700 personnes depuis mars 2017.

De plus, la DSPublique a reçu du MSSS une aide financière non récurrente de 67 800 \$, par année sur 3 ans, pour la réalisation d'activités visant la prévention de l'usage du cannabis. Un montant de 50 000 \$ a été alloué à 2 organismes communautaires de la région et une somme de 17 800 \$ a été dédiée aux interventions de santé publique menées par le CISSS.

Santé et bien-être des hommes

En mars 2019, le Plan d'action lanaudois en santé et bien-être des hommes 2018-2022 a été adopté par le comité de direction du CISSS. Ce plan est le résultat d'une démarche de concertation auprès des 17 organismes membres de la Table lanaudoise en santé et bien-être des hommes.

Le plan vise à contribuer au mieux-être global de la population masculine tout en adaptant les services aux besoins bio-psycho-sociaux des hommes. Par ce plan, la Table lanaudoise veut mieux comprendre les dynamiques masculines pour adapter les pratiques d'intervention, bref, se former et travailler ensemble au service des hommes. La DSPublique a reçu du MSSS une aide financière non récurrente de 45 000 \$ pour soutenir ces travaux et réaliser le plan d'action régional.

Plan d'action régional en santé publique 2016-2020

En suivi de la mise en œuvre du Plan d'action régional en santé (PAR), la DSPublique a tenu, en juin 2018, une première rencontre de son comité de suivi intersectoriel. Ce comité est composé de partenaires des milieux communautaire, municipal, scolaire, etc. et de membres de plusieurs directions du CISSS. Il a pour but de poursuivre la collaboration établie lors de la production du PAR en 2016, pour laquelle la DSPublique avait procédé à une vaste démarche de consultation, ainsi que d'assurer le suivi des orientations prises à ce moment. Au cours de la dernière année, la DSPublique a également produit un tableau explicatif des approches d'intervention du PAR, puis elle a organisé une activité d'appropriation de ces approches auprès de son personnel en décembre 2018.

Sécurité alimentaire et soutien aux familles démunies

Depuis 2003, la DSPublique soutient divers projets régionaux et locaux concertés pour améliorer la sécurité alimentaire de la population, notamment les familles plus démunies. Un montant de 109 227 \$ a été alloué à 8 organismes communautaires de la région en lien avec la mise à jour du Cadre régional d'allocation en sécurité alimentaire - volet projets 2017-2020.

La DSPublique a également reçu du MSSS une aide financière additionnelle non récurrente de 258 400 \$, par année sur 5 ans, pour améliorer la sécurité alimentaire des personnes à faible revenu, par le soutien d'activités structurantes et des organismes les rejoignant. Ainsi, 22 organismes de la région travaillant en aide alimentaire se sont partagé un montant de 64 600 \$. Un organisme régional a reçu 58 140 \$ pour soutenir des projets locaux et régionaux concertés qui favorisent la sécurité alimentaire et la saine alimentation. Un appel de projets aura lieu au début de l'année 2019-2020 pour octroyer le montant résiduel de cette aide financière.

Vaccination des femmes enceintes contre la coqueluche

À la suite d'un avis du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), le MSSS a introduit la vaccination des femmes enceintes contre la coqueluche au calendrier vaccinal, en mai 2018. La vaccination de la femme enceinte vise à prévenir la coqueluche chez l'enfant lors de ses premiers mois de vie. Cela permet de le protéger contre cette infection avant la première vaccination de routine prévue à l'âge de 2 mois.

Un nouveau mode d'organisation des services de vaccination dans la région a été convenu entre la Direction du programme jeunesse (DJ), la Direction des soins infirmiers, la Direction des services professionnels (chef de département de gynéco-obstétrique et chef d'administration de programme GMF) et la DSPublique. Le but était de limiter les visites supplémentaires pour la vaccination, particulièrement dans le contexte du suivi de grossesse pour lequel il y a déjà plusieurs consultations médicales prévues.

L'offre de vaccination des femmes enceintes contre la coqueluche est assumée principalement par les services de la DJ. Un projet pilote d'une durée approximative d'un an a été instauré au CLSC de Joliette. Dans le cadre de ce projet, les femmes enceintes se font offrir la vaccination contre la coqueluche immédiatement après leur test de dépistage du diabète de grossesse. Un seul rendez-vous suffit donc pour obtenir les 2 services. La vaccination dans les autres CLSC est offerte par les services de vaccination 0 à 5 ans de la DJ.

Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes

Dans le cadre de la stratégie nationale 2018-2020 de la prévention des surdoses d'opioïdes, la DSPublique a embauché une conseillère en soins infirmiers dans l'équipe santé environnementale en avril 2018. Elle mène de front des projets essentiels pour la santé de cette population vulnérable. Notamment, elle agit en soutien à plusieurs organismes communautaires et elle effectue la vigie hebdomadaire des décès reliés aux surdoses. De plus, 3 organismes communautaires ont été retenus pour un investissement total de 155 000 \$ à la suite d'un appel de projets mené par la DSPublique : l'Association pour les jeunes de la rue de Joliette et l'Original Tatoué collaborent ensemble au projet PAVO (Pairs aidants vigie opioïdes) et Travail de rue de Lavaltrie mène le projet O.P.I.A.C.E.S. (On pense important d'accompagner chaque être sécuritairement).

Le CISSS et ses partenaires du milieu

Pédiatrie sociale

Un comité a été créé et des travaux sont en cours avec la pédiatrie sociale pour favoriser l'accès à la clientèle vulnérable desservie par le Centre de pédiatrie sociale communautaire et optimiser les mécanismes de concertation clinique pour les familles des MRC de Joliette et de Matawinie.

Jeunes en difficulté 6 à 11 ans

L'Association Carrefour Famille Montcalm (ACFM) a renouvelé l'entente de collaboration avec le CISSS pour la supervision des droits d'accès. Le développement de 2 points de service additionnels, à Charlemagne et à Joliette, constitue la grande nouveauté.

Une entente de financement a également été établie pour des activités spécifiques entre le CISSS et l'ACFM. Elles visent la prévention de la négligence envers les enfants et les adolescents en soutenant les parents qui vivent des difficultés.

Jeunes en difficulté 0 à 18 ans – Secteur psychosocial

Au printemps 2018, le CISSS et 26 partenaires de la petite-enfance ont renouvelé leurs protocoles d'entente dans le cadre de programmes de santé publique : soutien à la création d'environnements favorables et programme canadien en nutrition périnatale. Des travaux en amont ont permis de mettre, au centre de ces protocoles, les cadres de référence et les objectifs de ces programmes afin de mieux soutenir les partenaires du CISSS dans le développement de leurs activités en concordance avec les montants alloués.

Le CISSS et les services de garde éducatifs (SGÉ) de la région ont harmonisé et bonifié le protocole d'entente SGÉ-CISSS au printemps 2018, lequel mise sur la collaboration tripartite Famille - Service de garde éducatif - Services intégrés de périnatalité petite-enfance/jeunes en difficulté 0 à 5 ans. Actuellement, 57 services de garde éducatifs collaborent au protocole, ce qui permet de soutenir de manière concertée le développement et l'intégration en services de garde de près de 100 enfants lanauchois annuellement.

Rencontre avec les partenaires jeunesse

La Direction du programme jeunesse (DJ) a effectué une tournée des partenaires de la région en collaboration avec la Direction de la protection de la jeunesse. L'objectif était multiple : faire le point sur les offres de services adaptés ou ajoutés depuis la dernière tournée de 2016, présenter les projets en cours, démystifier et faire connaître

le volet de la protection de la jeunesse, clarifier les modalités de références et de demandes de services pour les partenaires et la clientèle. Cette rencontre a permis d'échanger sur les préoccupations des représentants de ces ressources dans le but d'améliorer les services, tout en renforçant les liens avec les partenaires. Résultats :

- 6 MRC rencontrées dans Lanaudière;
- Note globale de satisfaction des participants : 91 %;
- 136 participants représentant des écoles, des centres de la petite enfance, des organismes pour jeunes, des maisons de jeunes, des municipalités, des travailleurs de rue et autres.

Réussir dans D'Autray! Agissons ensemble!

Le 8 novembre dernier se tenait l'événement « Réussir dans D'Autray! Agissons ensemble! » À cette occasion, plus d'une quarantaine de participants provenant des milieux de la petite enfance, des écoles primaires et secondaires, des centres de formation professionnelle ainsi que des représentants des milieux communautaire, municipal et économique étaient réunis. Impliquée dans l'organisation et dans l'animation de cet événement, la DSPublique y a aussi présenté un portrait des tendances récentes en éducation et des relations existant entre la scolarité et les indicateurs du marché de l'emploi.

On s'en déroule-tu un!?

Le projet « On s'en déroule-tu un!? » de la Direction de santé publique (DSPublique), en collaboration avec le Cégep régional de Lanaudière et la DJ, est une campagne de promotion du condom auprès des étudiants du Cégep. Le projet a connu un tel succès que d'autres régions, dont Montréal, songent à implanter des projets similaires. La DSPublique apporte son soutien à ces initiatives.

Violence conjugale

En juin 2018, la Table de concertation régionale en violence conjugale de Lanaudière, coordonnée par la Direction des programmes santé mentale et dépendance, a lancé une campagne de sensibilisation à la violence conjugale dans les cinémas de la région. Intitulée « Parlez », la campagne visait à encourager les victimes, leurs proches ainsi que les agresseurs à reconnaître la situation et à demander de l'aide. Six courtes vidéos ont été créées, chacune abordant le sujet d'un regard différent, soit celui des victimes (femme, adolescent, personne âgée), d'un enfant exposé à la violence, de l'entourage d'une victime et de la personne violente.

En novembre 2018, le CISSS a également organisé, avec la Table de concertation régionale en violence conjugale de Lanaudière, un colloque sur la violence conjugale intitulé « Même en couple, ça SEXEcuse pas! ». Près de 200 personnes issues des secteurs concernés y ont participé. L'événement a permis un moment de réflexion et le développement de pratiques pour les différents intervenants présents.

Table régionale en soutien à l'autonomie

La Table régionale en soutien à l'autonomie des personnes âgées de Lanaudière a transmis le résultat de ses premiers travaux en décembre dernier. Mise en place en 2016 dans le contexte de l'augmentation de la clientèle âgée vulnérable, ce lieu d'échanges regroupe les partenaires communautaires, institutionnels et privés œuvrant auprès des aînés. Les travaux ont porté sur l'isolement des personnes âgées, l'aide à l'usager pour l'accès aux soins à domicile ainsi que durant la période d'attente et l'amélioration des communications entre le CISSS et les ressources du milieu.

Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

La Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DDI-TSA-DP) a poursuivi ses travaux avec ses différents partenaires du milieu (intersectoriel et communautaire) tout au long de l'année et a convenu d'actions communes pour renforcer la complémentarité de leurs missions :

- Poursuite des travaux du comité régional de concertation et de coordination avec les organismes communautaires en DI-TSA-DP initiés en 2017-2018 et menant à l'élaboration d'un plan d'action régional dont les priorités sont l'accès à des activités socioprofessionnelles et l'amélioration de la concertation en matière de soutien à domicile;
- Formalisation du protocole de collaboration avec la Commission scolaire des Samares pour la clientèle présentant un retard de développement ou une déficience, qui met en évidence les moments charnières pouvant nécessiter des actions concertées pour ainsi offrir des services en complémentarité.

Accessibilité universelle : projet d'adaptation dans 2 musées d'arts lanaudois

Des spécialistes en réadaptation, en orientation et en mobilité ont formulé des recommandations au Centre d'art Diane-Dufresne à Repentigny et au Musée d'art de Joliette afin d'améliorer l'accessibilité pour les personnes vivant avec une déficience visuelle. L'objectif : permettre à ces personnes d'avoir accès aux collections et d'en apprécier la richesse, à l'intérieur d'un groupe ou par elles-mêmes, et ce, sans être stigmatisées. Ils ont sensibilisé les 2 institutions aux divers moyens pour améliorer la vision de près des œuvres ainsi que les déplacements à travers le bâtiment. Les contrastes, les éclairages ainsi que l'emploi de supports numériques permettant d'intégrer des modes sonores et de grossissement ont été abordés.

Itinérance

Le CISSS a coordonné la collecte de données pour le dénombrement national des personnes en situation d'itinérance, le 24 avril 2018, dans la région de Lanaudière. Plus d'une trentaine d'organismes fréquentés par ces personnes ont répondu à l'appel. En plus du nombre, la démarche a permis de recueillir des renseignements tels que les données démographiques, l'historique de l'itinérance et l'utilisation des services. Les résultats permettront entre autres de soutenir l'identification des priorités d'action dans la région.

Santé mentale

Le 25 novembre dernier, l'unité de courte durée et l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur recevaient la visite de la Société des calligraphes de Montréal. Quatre artistes ont mis en valeur des citations choisies dans les aires communes. Le projet comportait une dizaine de phrases qui ont été inscrites sur les vitres.

En mars 2019, le secteur de la santé mentale a bénéficié des retombés du Défi ski Nicoletti organisé par la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière. À la suite de l'événement, la Fondation a fait un don de 100 000 \$ pour permettre aux cliniques externes de santé mentale d'offrir des services d'avant-garde, basés sur les meilleures pratiques et les données probantes, tout en utilisant l'apport de la technologie.

De plus, en février 2019 avait lieu, à Mascouche, le Défi hivernal organisé par la Fondation Santé Sud de Lanaudière. Cet événement a permis d'amasser une somme considérable pour la mise en place d'appartements supervisés dans la communauté pour le sud de la région ainsi que de bonifier les groupes d'art thérapie « Les Impatients ».

Développement de l'emploi

Depuis sa création, le CISSS est présent à la Table des partenaires de l'emploi de Lanaudière et assure un leadership en tant qu'employeur majeur dans la région. Ainsi, il contribue à l'analyse des enjeux et participe à la détermination des priorités régionales avec Emploi Québec.

J'ai soif de santé dans ma municipalité

Visant à promouvoir, à favoriser et à valoriser la consommation de l'eau municipale, la campagne « J'ai soif de santé dans ma municipalité », soutenue par la DSPublique, en collaboration avec la Coalition Poids et le Plateau lanaudois intersectoriel, a pris de l'ampleur. En effet, 1 mois à peine après son lancement, 10 municipalités de la région avaient décidé d'y participer.

Le CISSS se démarque

À travers les travaux entourant la transformation du réseau et l'atteinte des cibles ministérielles, il est important de faire ressortir des réalisations et des distinctions qui font du CISSS de Lanaudière un établissement qui se démarque. En voici quelques-unes.

Des usagers satisfaits

Afin d'évaluer la satisfaction des usagers, le comité des usagers du sud de Lanaudière, conjointement avec l'établissement, a effectué un sondage de satisfaction à l'égard des soins infirmiers courants offerts au CLSC Meilleur de Repentigny et au CLSC Lamater de Terrebonne. Les résultats obtenus auprès de 315 répondants démontrent un taux de satisfaction global de 96 % pour le CLSC Meilleur de Repentigny et de 93 % pour le CLSC Lamater de Terrebonne, et ce, pour plus de 49 000 interventions de soins infirmiers offerts.

Prix de l'Association des médecins psychiatres du Québec

À la suite de la réorganisation des services pour les usagers ayant un trouble de la personnalité limite et leur entourage, au sud de la région, Dre Julie Jomphe a reçu, en avril 2018, le prix « Excellence du travail clinique au quotidien » de l'Association des médecins psychiatres du Québec pour son implication auprès de cette clientèle.

Prix de l'Association québécoise des assistantes techniques en pharmacie

Stéphanie Bédard, assistante technique en pharmacie à l'HPLG, a remporté le Prix Excellence 2018 – secteur public de l'Association québécoise des assistantes techniques en pharmacie. Ayant reçu le prix à titre personnel l'an dernier, elle l'a obtenu cette fois-ci comme membre du Comité de la reconnaissance des assistantes techniques sénéiores en pharmacie. Ce prix vise à honorer l'apport des techniciens et des techniciennes en pharmacie qui ont contribué de façon exceptionnelle à la prestation de services de qualité au public.

Prix du Radiological Society of North America

Le Dr Alexandre Cadrin-Chênevert, radiologiste au CHDL, a obtenu le premier prix à la compétition internationale en intelligence artificielle appliquée à l'imagerie médicale du Radiological Society of North America, la plus importante association de radiologistes au monde. Un des objectifs principaux de cette compétition est de favoriser l'avancement de l'intelligence artificielle comme outil d'amélioration de la précision diagnostique, avec l'objectif ultime d'améliorer les soins aux usagers.

Prix de l'Association des gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux

Pascale Paré, coordonnatrice clinico-administrative du programme jeunesse (6 à 18 ans), a été nommée lauréate pour la région de Lanaudière à la 17^e édition du Prix d'excellence de l'Association des gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux, et ce, en raison de son engagement professionnel dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Bourse de la Fédération des médecins résidents du Québec

Deux résidentes du GMF-U de Saint-Charles-Borromée, Dre Laurence Veilleux et Dre Laurence Théorêt, ont obtenu une bourse de la Fédération des médecins résidents du Québec pour leur travail d'érudition intitulé : « Évaluation de la qualité de l'acte : diagnostic et prise en charge de l'obésité infantile au GMF-U de Saint-Charles-Borromée/laboratoire ARIMED ». Supervisées par Dr Jean-Sébastien Paquette, Dr Samuel Boudreault et Dre Pascale Breault, les résidentes ont pu compter sur la contribution de 2 externes, Gabrielle Lanctôt et Nathalie Chamberland. Cette bourse leur permettra de convertir leur évaluation de la qualité en projet de recherche à l'aide d'entrevues qualitatives.

Les « valises de fin de vie » à Radio-Canada

Le projet des « valises de fin de vie » du Centre d'hébergement Saint-Eusèbe a fait l'objet d'une présentation à l'émission Entrée principale de Radio-Canada. On y a souligné entre autres le bien-fondé de cette initiative et le travail des bénévoles. Ces valises contiennent le nécessaire pour apporter un peu de confort aux proches, aux familles et aux amis qui accompagnent un résident dans ses derniers moments de vie. Elles sont offertes gratuitement dans les 14 centres d'hébergement du CISSS.

Activité de zoo-animation en hébergement

Une expérience de zoo-animation a été tentée avec succès au Centre d'hébergement Alphonse-Rondeau. Un poulailler offert par un organisme du milieu a été aménagé dans la cour du centre. Ceci a incité les résidents à sortir davantage et à échanger entre eux leurs souvenirs d'enfance, ce qui constituait un bel exercice de réminiscence. La zoo-animation est une activité de loisirs et de détente qui vise à favoriser les interactions sociales.

Expertise en cyberdépendance

Sylvie R. Gagnon, clinicienne chercheuse dans les centres de réadaptation en dépendance (CRD) du CISSS, a cosigné un article paru dans la *Revue canadienne de Psychiatrie*, qui présente le profil clinique des adolescents aux prises avec une cyberdépendance. Le texte résume les principaux résultats de l'étude VIRTUADO qui a été dirigée par Dre Magali Dufour du Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et coordonnée par Sylvie R. Gagnon dans 14 CRD au Québec, dont ceux de Lanaudière. Quatre-vingts adolescents ont été rencontrés lors de cette étude. Par ailleurs, Sylvie R. Gagnon a participé au documentaire Écran Roi sur la cyberdépendance à Télé-Québec.

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

Cette partie rend compte des résultats des attentes spécifiques (chapitre III) et des engagements annuels (chapitre IV), prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les attentes spécifiques (Chapitre III) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019

Légende - État des réalisations :

R : réalisée à 100 %

NR : non réalisée à 100 %

N/A : non applicable

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
Santé publique			
Implanter dans chaque établissement de santé et de services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat : - réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; - suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; - suivre l'application des mesures en PCI; - suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; - adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.; - entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; - assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; - recevoir et entériner les politiques et les procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; - déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR;	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	- déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; - acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.		
Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme, de promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif chez les jeunes (02.2)	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type et description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme, la promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif dans les déplacements et dans les loisirs chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte des cibles du Plan stratégique du MSSS : la réduction du nombre de fumeurs, l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes et l'augmentation du nombre de jeunes actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que les retombées observées.	R	
Services sociaux			
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R	
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements : • d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie; • de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis; • de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire. L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'utilisateur. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficacité des services. Pour chaque région sociosanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.	N/A	Livrable annulé par le MSSS le 24 juillet 2018, dans le Bulletin de suivi des ententes de gestion et d'imputabilité Volume 14 No 7, car des travaux ministériels structurants et harmonisés préalables sont en cours
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.5)	Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	R	État de mise en œuvre transmis au MSSS le 30 octobre 2018 Annulation confirmée le 25 septembre 2018 de l'État des résultats dans le Bulletin de suivi des ententes de gestion et d'imputabilité Volume 14 No 11
Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03.7)	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
Services de proximité, urgences et pré hospitalier			
État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	R	
État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (04.2)	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	R	
Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	R	
Services de santé mentale et de psychiatrie légale			
Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté (05.1)	Chaque établissement qui a reçu du financement doit fournir, pour chaque type de services de soutien dans la communauté identifié, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles,	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	le nombre d'usagers supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.		
Financement, infrastructures et budget			
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien, ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	NR	Date de finalisation prévue du livrable pour le 31 mars 2020, confirmée le 18 avril 2019 dans le Bulletin de suivi des ententes de gestion et d'imputabilité Volume 15 No 2
Coordination réseau et ministérielle			
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.		
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	R	
Planification, évaluation et qualité			
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements (09.1)	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices - Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	R	
Technologies de l'information			
Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (10.1)	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif ou clinico-administratif, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État des réalisations	Commentaires
	sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus. » La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.		

Évaluation de l'atteinte des engagements annuels (Chapitre IV) de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019

Précisions concernant le tableau qui suit :

Légende :

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

N/A : non applicable

La section « Commentaires » du tableau identifie :

- a. Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
- b. L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles;
- c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Cancérologie				
Plan stratégique 1.09.33 01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	77,0	90	74,1	90
1.09.33 02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	96,0	100	95,6	100
Indicateur 1.09.33.01-PS : a. Non-atteinte reliée au plan régional d'effectifs médicaux (PREM) vacants en urologie et à la stratégie de recrutement et de couverture déployée sans succès. En attente de nouvelles ressources en urologie. Mesures mises en place : programmation opératoire dès réception de la requête, indication visuelle sur les programmes opératoires, vigie hebdomadaire et présentation des indicateurs aux comités des blocs opératoires. b. Diminution de 23,96 %. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.09.33.02-EG2 : a. Non-atteinte reliée au plan régional d'effectifs médicaux (PREM) vacants en urologie et à la stratégie de recrutement et de couverture déployée sans succès. En attente de nouvelles ressources en urologie. Accès limité aux chirurgiens plastiques pour la planification des cas conjoints lors de mastectomies. Mesures mises en place : programmation opératoire dès réception de la requête dans les 2 centres hospitaliers, suivi des cas oncologiques par le chef de département, documentation des cancers indolents. b. Diminution de 4,46 %. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Santé publique				
1.01.13 01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	42,9	40	42,7	42,7

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccins contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	94,0	94,1	93,0	94,1
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccins contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	80,8	90	81,4	90
Plan stratégique 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	3 349	3 462	3 466	3 462
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccins combinés RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	68,5	75	76,6	85

Indicateur 1.01.13.01-EG2 :

a. Mesures mises en place :

RLS Nord :

- L'accompagnement des écoles pour la mesure 15023 À l'école, on bouge! qui s'est poursuivi cette année par la Commission scolaire des Samares et l'accompagnatrice-École en santé;
- L'accompagnement pour la réflexion (portrait) du projet éducatif des écoles dont l'objectif vise la création d'environnements sains, sécuritaires et bienveillants;
- Le déploiement des Ateliers cinq épices;
- L'implantation des contenus obligatoires en éducation à la sexualité.

RLS Sud :

- Une approche concertée pour la planification d'actions en promotion-prévention (PP) entre la Commission scolaire des Affluents et les conseillers en promotion-prévention auprès des directions par bassin;
- La poursuite des accompagnements pour la saine gestion du stress et de l'anxiété;
- La planification et le déploiement des Ateliers cinq épices.

b. Au cours des dernières années, des mesures et des projets spécifiques ont facilité l'engagement des écoles dans un processus de planification et de mise en œuvre d'actions en PP. Toutefois, l'accompagnement visant l'autonomie des écoles ne

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
garantit pas la poursuite de l'accompagnement à long terme. Le réseau de la santé met en œuvre des actions en PP dans toutes les écoles des commissions scolaires de la région, mais doit continuellement s'adapter aux diverses réalités du milieu scolaire et faire valoir la valeur ajoutée d'une collaboration afin de susciter l'engagement des écoles dans l'accompagnement pour la planification et la mise en œuvre d'actions en PP. c. Les problèmes connus liés à cet indicateur réfèrent : – À la difficulté de comparer les régions entre elles, car celles-ci semblent comprendre le libellé de l'indicateur, de saisir les données et d'interpréter les résultats différemment; – Au besoin de clarifier sur le qui peut saisir les données relatives aux interventions (l'intervenant de la santé qui accompagne le processus et/ou celui qui met en œuvre des interventions en PP en contexte scolaire); – Au fait que les données soient compilées par année financière et non par année scolaire. Tous ces problèmes, connus depuis plusieurs années, sont discutés entre le répondant au MSSS et les répondants régionaux. Indicateur 1.01.27-EG2 : a. Mesures mises en place : RLS Nord : – Suivi au niveau des « absences au rendez-vous » dans le rapport d'état hebdomadaire afin d'identifier des pistes de solutions. Indicateur mis en suivi à la salle de pilotage de la coordination de la Direction du programme jeunesse afin de trouver d'autres pistes de solutions; – Plages de surréservation pour les usagers qui ont manqué un rendez-vous. Ils sont rappelés rapidement pour fixer une nouvelle date; – Ajout de cliniques toutes les semaines au lieu des 3 fois par mois dans une installation (Saint-Gabriel). RLS Sud : – Tous les parents de nouveau-nés sont appelés pour leur donner un rendez-vous à la clinique. De plus, tous les rendez-vous sont confirmés la veille ou le vendredi pour le lundi suivant. Des plages de rendez-vous sont ajoutées au besoin afin de respecter les délais. Places de surréservation pour éponger les absences. Les usagers absents à leur rendez-vous sont rappelés rapidement pour fixer une nouvelle date. – Par contre, il y a 5 à 15 % d'annulations par les parents. Une plus grande proportion d'absences au rendez-vous a été observée pour la MRC de L'Assomption et la raison fréquemment donnée par les parents est le manque de stationnement. Recherche de solutions en cours par la Direction des services techniques. – Processus d'implantation d'un système de rendez-vous en ligne, en cours, qui fera un rappel au parent par courriel un mois et 24 h avant le rendez-vous. b. Diminution de la proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais. Au Nord, la proportion est de 90,4 %. Les CLSC de Berthierville avec 88,7 % (110/124 enfants) et de Saint-Gabriel avec 80,7 % (67/83) y sont plus contributifs.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Au Sud, la proportion d'enfants est de 95,2 %. La cible est donc atteinte pour ce secteur. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.01.28-EG2 : a. Mesures mises en place : – Création de cliniques de vaccination pour bébé, une fin de semaine sur 2 au Nord depuis l'automne 2018; – Suivi au niveau des absences au rendez-vous dans le rapport d'état hebdomadaire afin d'identifier des pistes de solutions; – Indicateur mis en suivi à la salle de pilotage de la coordination pour trouver d'autres pistes de solutions; – Plages de surréservation réservées pour les usagers qui ont manqué un rendez-vous. Ils sont rappelés rapidement pour fixer une nouvelle date; – Ajout de cliniques toutes les semaines au lieu des 3 fois par mois dans une installation (Saint-Gabriel). b. Amélioration des résultats par rapport à l'an dernier, mais il reste du travail à faire. Actualisation de nouvelles actions à venir à l'automne 2019. Au Nord, la proportion est de 79,4 % et on doit noter entre autres le résultat du CLSC de Saint-Esprit avec 76,3 % (479/628) comme contributif. Au Sud, la proportion est de 83,1 % et les 2 CLSC ont des pourcentages qui dénotent peu de différence entre eux (83,4 % vs 82,6 %). c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.01.29-PS : a. Mesures mises en place : – Ajout de ressources infirmières au secondaire; – Prise de rendez-vous en ligne et confirmation du rendez-vous par texto de rappel via la plateforme CLIC-Santé (mars 2019); – Mise à jour des plages horaire des cliniques des jeunes avec le site Web et Google (novembre 2018); – Accès en clinique des jeunes pour la clientèle des 22 à 24 ans (travaux en cours); – Promotion des services de dépistage via les outils d'information aux élèves utilisés dans les divers établissements : agenda scolaire, site Web, kiosque, etc. (printemps 2019); – Travaux en cours afin de revoir le délai de transport des prélèvements vers le laboratoire au Centre hospitalier De Lanaudière (CHDL) (le court délai actuel est un obstacle au dépistage hors des murs au nord de Lanaudière); – Création d'affiches promotionnelles avec un visuel et un message adaptés aux jeunes et affichage prévu dans les écoles secondaires et au niveau postsecondaire (mars 2019); – Activités éducatives en 3^e secondaire par l'infirmière, qui sensibilisent les élèves aux risques d'ITSS et les informent des services de dépistage en place, réalisées plus tôt dans l'année scolaire (à partir de janvier); – Rencontre avec les élèves de 2^e secondaire dans le but de présenter les services de l'infirmière en janvier-février, maintenant chaque année;				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
– Rencontre de promotion des services de dépistage des ITSS en 4^e et 5^e secondaire dans les écoles où le nombre de dépistages est plus bas; – Analyse en cours pour identifier le délai d'accès pour un dépistage ITSS dans les différents milieux (école, clinique des jeunes...) et mise en place de stratégies pour réduire le délai pour accéder à un dépistage s'il y a lieu. Un délai maximal d'une semaine a été identifié, ce qui apparaît raisonnable pour un jeune asymptomatique (suivi en rapport d'état hebdomadaire); – Travaux en cours avec l'équipe médicale pour revoir les motifs de références médicales en clinique des jeunes pour prophylaxie pré et post exposition, stérilet, symptômes anxieux et dépressifs, suivi cas positif, VIH, hépatite; – Augmentation de la promotion des dépistages par les infirmières en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. b. 117 de plus que l'an dernier et le meilleur résultat des 4 dernières années. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.01.30-EG2 : a. Mesures mises en place : – Création de cliniques de vaccination pour bébé, une fin de semaine sur 2 au Nord depuis l'automne 2018; – Suivi au niveau des absences au rendez-vous dans le rapport d'état hebdomadaire afin d'identifier des pistes de solutions; – Indicateur mis en suivi à la salle de pilotage de la coordination pour trouver d'autres pistes de solutions; – Plages de surréservation pour les usagers qui ont manqué un rendez-vous. Ils sont rappelés rapidement pour leur fixer une nouvelle date; – Ajout de cliniques toutes les semaines au lieu des 3 fois par mois dans une installation (Saint-Gabriel). b. Amélioration de 8,1 points de pourcentage par rapport à l'an dernier et atteinte de la cible. Autres actions à venir à l'automne pour viser l'atteinte de la nouvelle cible. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données.				
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100
Plan stratégique 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	50,0	100
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	56,6	70	59,4	80
Indicateur 1.01.19.01-PS : a. Pour le CHDL, diminution de la prise d'antibiotiques dans plusieurs classes dont les quinolones, qui représente une baisse de 30 %. Pour les 2 centres hospitaliers : pharmacovigilances, activités éducatives auprès du corps médical et ordonnance qui permet à l'usager de recevoir des probiotiques lors d'une prescription d'antibiotiques. Tenue de comité de pharmacovigilance. Changement de pratique pour le nettoyage et la désinfection au quotidien avec le peroxyde d'hydrogène au CHDL, maintien de la désinfection au chlore pour les cas isolés reliés à la colite à Clostridium difficile et aux éclosions reliées à celle-ci.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
b. L'engagement convenu pour cet indicateur pour le CHDL et l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG) a été atteint. Le CHDL affiche un taux de 4,14 % pour un seuil établi de 7,6 % et l'HPLG a un taux de 0,83 % pour un seuil établi de 5,7 %. Il n'était pas atteint en 2017-2018 pour le CHDL, qui affichait un taux de 8,36 % pour un seuil établi à 7,6 % (représente 88 cas nosocomiaux). En 2017-2018 pour l'HPLG, le taux est de 0,70 % pour un seuil établi à 5,7 %. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données et aucun problème pour la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.01.19.02-PS : a. L'engagement convenu pour cet indicateur pour le CHDL et l'HPLG a été atteint. Une campagne sur l'hygiène des mains et des rappels sur les meilleurs moments pour faire cette activité et augmenter la conformité ont eu lieu pour répondre à l'objectif. b. En 2017-2018, le taux était de 0,19 % au CHDL et de 0 % à l'HPLG pour un seuil maximal établi de 0,51 %. En 2018-2019, le CHDL ayant atteint un taux de 0,29 % et l'HPLG ayant atteint un taux de 0,08 % pour un seuil maximal établi de 0,41 %, il y a pour cette année une légère augmentation non explicable dans les 2 centres hospitaliers. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.01.19.04-PS : a. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint à l'HPLG, mais non atteint au CHDL. Le CHDL a atteint un taux de 0,65 % et l'HPLG a atteint un taux de 0,12 % pour un seuil maximal établi de 0,58 %. Mesures mises en place : depuis le début de mai, dans les 2 centres hospitaliers, il y a une mise à jour des meilleures mesures à appliquer pour l'asepsie cutanée, l'hygiène des mains selon les 4 moments et une révision des pratiques de désinfection des cathéters avant l'administration. Dès que les protocoles de révision seront faits, une diffusion dans les 2 centres hospitaliers aura lieu sous forme de capsules. b. De l'année dernière à cette année, il y a eu une augmentation du taux pour le CHDL. L'engagement convenu pour cet indicateur a été atteint en 2017-2018 pour l'HPLG avec un taux obtenu de 0,13 % pour un seuil établi de 0,64 %. L'engagement convenu pour cet indicateur a aussi été atteint en 2017-2018 pour le CHDL avec un taux de 0,19 % pour un seuil établi de 0,64 %. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.01.26-PS : a. Au cours de l'année 2018-2019, 3 audits ont été effectués. Le premier a eu lieu aux mois de septembre et d'octobre, le deuxième en janvier et le troisième aux mois de février et de mars. Au total, 4 840 opportunités d'hygiène des mains ont été observées pour l'ensemble du CISSS de Lanaudière. De ce nombre, 2 959 interventions étaient conformes, ce qui représente un taux de conformité global à l'hygiène des mains de 61 %. Mesures mises en place : un plan d'action a été établi afin d'améliorer les résultats - audits plus fréquents, communications régulières des résultats aux équipes, affichage des données dans les unités de soins, activités de sensibilisation, interventions individuelles et par secteurs -, tenue de kiosques dans le cadre de la campagne d'hygiène des mains dans plusieurs installations, projet				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
d'achat de tablettes électroniques avec un logiciel pour permettre de faire plus d'audits et d'obtenir des résultats en temps réel. b. Augmentation de près de 3 % comparativement à l'année 2017-2018. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Services généraux – Activités cliniques et d'aide				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	81,6	90	75,1	90
Indicateur 1.02.04-EG2 : a. Ce qui explique la non-atteinte : – Augmentation du volume d'appels; – Absence de plusieurs employés; – Difficulté de remplacement et de dotation; – Problème au niveau de la téléphonie; – Problème d'utilisation des codes d'absence par les intervenants dans le système faisant en sorte que la ligne demeurerait disponible à la prise d'appel au lieu de la rendre non disponible et de dévier l'appel vers une personne disponible au sein du CISSS de Lanaudière ou d'un autre site. Mesures mises en place : – Présence au travail de tous les employés depuis la mi-décembre; – Formation et orientation du nouveau personnel terminées; – Révision et finalisation des fiches descriptives de programmes (Wiki) pour chacune des directions cliniques; – Supervision des employés en continu; – Révision des horaires de travail afin de mieux répartir les effectifs de soir et de nuit. b. Amélioration depuis novembre 2018. La cible périodique est atteinte depuis février. Les résultats du début de l'année permettent d'obtenir un résultat cumulatif inférieur à la cible. c. Léger écart connu par le MSSS au niveau des résultats qui seront corrigés avec l'arrivée du nouveau système en juin.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendu à domicile par les différents modes de dispensation de services	727 336	811 880	858 500	875 000
Plan stratégique 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	7 026	6 375	7 841	7 764
Plan stratégique 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	84,0	90	86,9	90
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux usagers de profils ISO-SMAF 4 À 14	NA	NA	NA	NA
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes- services SAPA, DP et DI-TSA) de profils ISO-SMAF 4 à 14	NA	NA	NA	NA

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Indicateur 1.03.05.01-EG2 :				
a. Addenda décembre 2018 : nouvel engagement 2018-2019 à 782 561 heures. Cibles d'heures relatives au financement (décembre 2018) : 811 880 heures. Les résultats au 31 mars 2019 démontrent l'atteinte voire le dépassement de la cible de 811 880 heures. Les investissements en soutien à domicile ont permis d'intensifier les interventions. Un suivi étroit et continu de cet indicateur tout au long de l'année par les gestionnaires, appuyés par des indicateurs périodiques, a permis des résultats supérieurs à la cible. b. Le résultat au 31 mars 2019, selon l'extraction de l'année complète des systèmes d'information du CISSS de Lanaudière, porte le nombre d'heures à 858 500 heures, soit 46 620 heures de plus que la cible 2018-2019. Par rapport au résultat au 31 mars 2018, il s'agit d'une augmentation de 131 164 heures, soit une amélioration de 18,0 %. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Indicateur 1.03.11-PS :				
a. Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) : Les investissements en soutien à domicile ont permis d'intensifier les interventions. Un suivi étroit et continu de cet indicateur tout au long de l'année par les gestionnaires, appuyé par des indicateurs périodiques, a permis des résultats supérieurs à la cible. Programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) : Mise en place des investissements. Ajout de ressources et gestion prévisionnelle des assignations de dossiers. b. Le nombre de personnes desservies a connu une augmentation de l'ordre de 11,6 % par rapport aux résultats au 31 mars 2018. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Indicateur 1.03.12-PS :				
a. Programme SAPA : La mise en place des outils de cheminement clinique individualisé (OCCI) a entraîné un ralentissement dans la complétion des évaluations en raison de l'appropriation des nouveaux outils. Un outil prévisionnel est produit périodiquement et permet aux gestionnaires et aux intervenants de prévoir les évaluations qui arrivent à échéance. Au 31 mars 2019, un résultat de 86,9 % a été atteint grâce à un suivi étroit et continu tout au long de l'année par les gestionnaires, appuyé par des indicateurs périodiques. Programmes DI-TSA-DP : La Direction des programmes DI-TSA-DP a atteint la cible de 90,05 % d'OCCI et plan d'intervention (PI) à jour au 31 mars 2019. b. Programme SAPA : Le résultat au 31 mars 2019 présente une amélioration de 2,9 % par rapport au résultat au 31 mars 2018. Programmes DI-TSA-DP : Les gestionnaires utilisent le tableau prévisionnel avec leur personnel pour faire les suivis nécessaires. De plus, un léger blitz a été réalisé à la fin de l'année financière pour s'assurer de l'atteinte des cibles. d. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Plan stratégique 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100,0	100	100,0	100
Plan stratégique 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100,0	100	100,0	100
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100,0	100	100,0	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	82,2	85	82,9	85
Indicateur 1.03.07.01-PS : a. Cible atteinte depuis 2 ans. La formation fait partie maintenant des cursus d'enseignement. Lors d'embauche de nouveaux employés, nous nous assurons que celle-ci est reçue. b. Comme les résultats sont identiques, rien à signaler. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.03.07.02-PS : a. Cible atteinte depuis 2 ans. Lors d'embauche de nouveaux employés, nous nous assurons que la formation est bien reçue. b. Comme les résultats sont identiques, rien à signaler. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.03.10-PS : a. L'établissement présente un résultat supérieur à 80 % dans chacun des réseaux locaux de services (RLS).				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Nous travaillons de façon continue à l'amélioration des collaborations avec nos partenaires. b. Les résultats au 31 mars 2019 sont maintenus. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.03.13-EG2 : a. Le développement de 96 places en ressource intermédiaire pouvant accueillir des clientèles avec besoins particuliers (lève-personne, SCPD) permettra d'améliorer notre offre de service et la performance de cet indicateur (livraison prévue en octobre 2020). L'intensification des services aux soins à domicile, incluant les résidences privées pour aînées (RPA), et la recherche de milieux de vie avec les autres directions cliniques pour la clientèle ayant un profil de 9 et moins se poursuivent en continu. À noter que tous les profils 9 et moins doivent avoir l'aval de la Direction du programme SAPA avant l'admission en CHSLD. b. Les résultats se maintiennent avec une légère amélioration de 0,7 %. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Déficiences				
Plan stratégique 1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	102,33	95,0	66,33	61,0
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	93,8	96,2	94,1	96,2
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	98,4	98,6	99,3	99,4

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	94,8	96,9	99,0	99,3
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	91,3	99,3	97,7	99,3
Plan stratégique 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	74,5	74,5	62,2	90
Indicateur 1.05.15-PS : a. Diminution de 39 jours concernant le délai moyen versus les résultats de l'année dernière qui fait en sorte que nous respectons les engagements. La mise en place d'une trajectoire de services, le rehaussement et la consolidation des équipes et le plan d'action pour le trouble du spectre de l'autisme (TSA) ont favorisé l'atteinte des engagements. b. Amélioration vs 2017-2018. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Indicateur 1.45.04.01-EG2 :				
a. Programmes DI-TSA-DP : Atteinte de la cible (97,9 %). Ajout de ressources et amélioration de nos processus d'assignation. La disponibilité des ressources humaines est venue influencer notre capacité de réponse. De plus, le suivi des processus de travail a permis de cibler des éléments de productivité des intervenants pouvant être améliorés. Mesures d'améliorations : L'établissement a mis en place plusieurs stratégies d'attraction, de rétention et de gestion de la présence au travail. L'implantation d'une fonction de coordination clinique en cours d'année permettra également une meilleure gestion prévisionnelle des ressources. En lien avec la productivité, la révision des processus d'assignation et la réaffectation de ressources humaines sont en cours. Programme SAPA : L'implantation des OCCI a demandé un réajustement des priorités pour atteindre la cible 1.03.12. Cela pourrait avoir affecté les résultats de cet indicateur.				
b. Programme SAPA : Une progression a quand même été notée pour le RLS Sud. Le RLS Nord semble avoir été plus affecté.				
c. Programme SAPA : À la suite de l'analyse, certaines anomalies ont été remarquées. Nous sommes toujours en amélioration par rapport à la qualité des données. Le taux de respect des délais est suivi dans un comité conjoint de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique et de la Direction du programme SAPA. Nous comptons raffiner le suivi par rapport à la clientèle avec déficience physique afin d'améliorer cet indicateur pour 2019-2020.				
Indicateur 1.45.04.05-EG2 :				
a. Ajout de ressources, mise en place de la trajectoire 0 à 7 ans et taux de dotation de poste positif.				
b. Atteinte de la cible.				
c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Indicateur 1.45.05.01-EG2 :				
a. La disponibilité des ressources humaines a influencé notre capacité de réponse. Bien que le taux de dotation des postes se soit grandement amélioré, le remplacement des professionnels demeure un défi actuellement. Mesure d'amélioration : ajout de ressources.				
b. Atteinte de la cible				
c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Indicateur 1.45.05.05-EG2 :				
a. Écart lié principalement à la disponibilité des ressources humaines, venant influencer la capacité de réponse. Amélioration du taux de dotation des postes, mais défis en lien avec la capacité de combler les remplacements. Mesure d'amélioration : gestion prévisionnelle des ressources.				
b. Amélioration de 6,4 % par rapport à 2017-2018 résultant de l'ajout de ressources, du renforcement des services spécifiques et de l'amélioration des processus de suivi.				
c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Indicateur 1.46-PS : a. La non-atteinte de la cible est principalement liée à l'impossibilité de contacter les usagers en raison de l'absence de coordonnées ou parce qu'ils ont refusé la transmission des informations. Mesures mises en place : travaux amorcés avec les commissions scolaires afin de prévenir ces situations pour 2019-2020. b. Diminution expliquée au point c. c. Écart lié principalement à une méthode de calcul différente. En 2017-2018, les usagers n'ayant pas pu être contactés en raison d'absence de coordonnées ou parce qu'ils ont refusé la transmission des informations n'avaient pas été considérés et le sont en 2018-2019 (usagers n'ayant reçu aucun service socioprofessionnel). La même méthode de calcul entre les 2 années donnerait un taux de 74,2 %.				
Jeunes en difficulté				
Plan stratégique 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	9,65	9,18	9,43	9,38
Indicateur 1.06.17-PS : a. L'augmentation significative et constante des signalements retenus dans les dernières années (9,3 % entre 2017-2018 et 2018-2019) permet difficilement de diminuer le taux d'enfants en négligence. D'ailleurs, un pourcentage de plus de 26 % de signalements retenus pour des motifs de négligence ou de risque sérieux de négligence est maintenu. En ce qui concerne la première ligne, l'accessibilité au programme <i>Tout un village</i> (TUV) a été augmentée par l'établissement d'intervenants dédiés, des mécanismes de références multiples, la coordination régionale et l'intervention des coordonnateurs interprofessionnels qui agissent directement à la liste d'attente pour identifier les familles correspondant aux critères. Les partenariats avec les organismes communautaires devront être augmentés afin d'augmenter l'accès aux familles à des offres de services variées visant la prévention au phénomène de négligence dans Lanaudière. En jumelant la première ligne et la deuxième ligne, on peut observer que 167 usagers de plus que l'an dernier ont bénéficié du programme TUV. b. L'ensemble des prises en charge par la DPJ pour des motifs de négligence et de risque sérieux de négligence a légèrement diminué en 2018-2019, passant de 995 à 991 enfants, malgré le fait que : – Le nombre d'enfants, dont la situation en négligence ou en risque sérieux de négligence est une nouvelle prise en charge par la DPJ, est passé de 244 à 265 dans la dernière année, soit une augmentation de 8,6 %; – Le nombre d'usagers dont la responsabilité légale du dossier a été transférée d'une autre région pour des motifs de négligence ou de risque sérieux de négligence a également connu une augmentation de 68 à 78 dossiers dans la dernière année (14,7 %). c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Dépendances				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	90,1	90,4	88,9	90,4
Plan stratégique 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	92,3	86	90,5	90,5
Indicateur 1.07.04-EG2 : a. Hausse des demandes de référence au centre de réadaptation en dépendance (CRD) et difficulté de recrutement. Afin d'augmenter la productivité, les moyens suivants ont été mis en place à la mi-année et ils sont toujours en cours : – Dégager des plages pour l'évaluation d'indices de gravité en toxicomanie plus nombreuses pour les intervenants dans leur horaire (jusqu'à 3 plages par semaine pour certains intervenants); – Implication des intervenants en liaison pour faire des évaluations d'indices de gravité en toxicomanie; – Planification des plages au régional où un agent de relations humaines de Joliette fera des évaluations d'indices de gravité en toxicomanie à Terrebonne; – Temps alloué pour faire des requis; – Remplaçant en place pour s'assurer d'avoir un fonctionnement optimal; – Processus d'embauche pour doter les 3 remplacements à combler (3 postes comblés, 2 d'entre eux à partir du 11 novembre déjà en surcroît au sein de l'équipe et 1 autre venant d'un autre programme arrivé le 14 janvier); – Présentation fréquente des cibles de gestion, et ce, à l'ensemble du personnel. b. Légère diminution en 2018-2019. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité de l'information, des formations complémentaires sont offertes par les archives afin de s'assurer d'une saisie de statistiques adéquate (rappels sur les règles concernant la fiche de l'utilisateur, les statistiques et l'utilisation de l'indisponibilité de l'utilisateur). De plus, des audits sont faits dans les dossiers par les archives afin de s'assurer de la conformité des statistiques.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Indicateur 1.07.06-PS : a. Afin d'atteindre les cibles identifiées, la formation DÉBA a été donnée aux employés du 811, du guichet d'accès en santé mentale et dépendance adulte (GASMA) et des services psychosociaux généraux. b. Malgré les transformations des services de l'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) vers les services du 811, les cibles identifiées ont été atteintes. Afin de poursuivre nos améliorations, une politique en matière de détection et d'intervention précoce devra être élaborée dans la prochaine année. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Santé mentale				
Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	765,0	504	729,0	729,0
Plan stratégique 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère	290,7	218	290,7	290,7
Indicateur 1.08.13-PS : a. Pour l'année 2018-2019, une baisse des références des médecins psychiatres pour le soutien intensif dans le milieu est constatée. Cette constatation a été discutée en cogestion médicale afin de sensibiliser les psychiatres du CISSS de Lanaudière. De plus, afin de stimuler les équipes dans la prise en charge de nouveaux usagers, les tableaux de station de gestion visuelle ont été orientés, confectionnés et animés en ciblant directement cet indicateur. Lors de la dernière année, des difficultés importantes de recrutement ont été éprouvées pour effectuer les remplacements et pourvoir les postes disponibles, réduisant par la même occasion l'accessibilité. b. Il y a eu, cette année, 448 usagers (2 rencontres et plus) au SIV alors que la moyenne était de 408 usagers (2 rencontres et plus) en 2017-2018. De plus, le nombre d'usagers différents est en augmentation soit de 765 en 2017-2018 à 1096 en 2018-2019. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Indicateur 1.08.14-PS : a. Pour l'année 2018-2019, une baisse des références des médecins psychiatres pour le soutien intensif dans le milieu est constatée. Cette constatation a été discutée en cogestion médicale afin de sensibiliser les psychiatres du CISSS de Lanaudière. De plus, afin de stimuler les équipes dans la prise en charge de nouveaux usagers, les tableaux de station de gestion visuelle ont été orientés, confectionnés et animés				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
en ciblant directement cet indicateur. Le tout démontre une augmentation des usagers distincts pris en charge cette année, soit de l'ordre de 192 usagers en 2017-2018 à 272 usagers pour 2018-2019. b. Le nombre d'usagers différents est en augmentation, soit de 259 en 2017-2018 à 270 en 2018-2019. Il est important de préciser que 2 équipes SIM supplémentaires ont été créées afin d'améliorer la couverture du territoire. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Urgence				
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,19	12	16,41	12
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	54,9	75	54,8	85
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	47,3	65	46,2	85
Indicateur 1.09.01-PS : a. La non-atteinte de l'engagement s'explique par l'achalandage élevé durant la période hivernale nécessitant l'ouverture de civières de débordement aux étages. De plus, le fort taux d'occupation des lits d'hospitalisation a eu un impact important sur la durée moyenne de séjour à l'urgence. Enfin, les défis liés au recrutement de personnel infirmier entraînent un ralentissement des opérations lors des périodes de pointe en raison du manque d'effectifs. Mesures mises en place : – Un projet portant sur le cheminement de l'utilisateur se poursuit et une ressource y est affectée à temps complet, en collaboration avec l'ensemble des équipes cliniques et des médecins, et plusieurs projets en découlent (repérage et planification précoce du congé pour la clientèle à risque de compromission, complétion de l'outil d'évaluation Prisma7 à l'urgence, outils de communication et de suivi plus performants, révision du rôle de l'infirmière de soins à domicile à l'urgence, admission en 90 minutes); – Plusieurs stratégies d'attraction sont en cours; – Un exercice de rehaussement est en déploiement et vise l'utilisation optimale des ressources professionnelles présentes;				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
– Un vaste plan d'action portant sur la gestion hospitalière est en déploiement et aura un impact positif sur la durée moyenne de séjour à l'urgence (projet de « tandem » infirmière-médecin dans les groupes d'hospitalisation, sectorisation de l'hospitalisation, hospitalisation par la médecine spécialisée). b. Augmentation de la durée moyenne de séjour de 1,22 jour. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.09.43-PS : a. Mesures mises en place : – Comité ambulatoire constitué à l'urgence de l'HPLG, dirigé par le chef médical en collaboration avec le chef d'unité, en vue d'échanger avec l'équipe et de trouver des solutions visant l'amélioration des délais; – Rencontres régulières entre l'équipe médicale et la direction permettant des mécanismes de communication adéquats; – Rappel régulier des attentes de l'entente de gestion et d'imputabilité; – Réorientation de la clientèle vers les groupes de médecine familiale (GMF) à améliorer; – Projet en cours : collecte de données par l'infirmier de soins à domicile à l'urgence du Sud avant la prise en charge médicale pour la clientèle à profil gériatrique. b. Maintien du résultat de l'année dernière malgré une augmentation de 1439 visites (RLS Nord). c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.09.44-PS : a. Mesures mises en place : – Rappels réguliers aux urgentistes de diminuer le recours aux plateaux techniques à l'urgence pour le privilégier en externe lorsque nécessaire; – Diminution de l'utilisation de cubicules pour les usagers en attente de civières; – Ouverture de cliniques hivernales afin d'éviter l'engorgement de l'urgence causé par les usagers atteints d'influenza; – Réorientation de la clientèle ayant une priorité 4 et 5 vers la clinique de relance lorsque des places sont disponibles (RLS Nord); – Soutien de la Direction du programme SAPA pour désengorger la salle d'urgence lorsque le plateau technique n'est pas nécessaire; – Projet de développement de l'accès aux spécialités en provenance de l'urgence en cliniques externes. b. Diminution de 1,1 % par rapport à l'année dernière. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Soins palliatifs et de fin de vie				
Plan stratégique 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 163	1 256	1 111	1 307

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	45	45	45	45
Plan stratégique 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	14,9	18,4	15,4	20

Indicateur 1.09.05-PS :

- La non-atteinte de l'engagement s'explique entre autres par la méconnaissance de l'offre de service. Mesures mises en place : les démarches se poursuivent auprès des équipes hospitalières et des intervenants qui suivent les usagers en fin de vie dans le but d'assurer une diffusion adéquate des services offerts à domicile pour ces usagers et, donc, la possibilité de vivre leurs derniers jours à domicile. Aucun usager n'est refusé et ceux-ci sont priorisés par rapport aux autres clientèles. Davantage de stratégies de communication pour la diffusion de services seront étudiées en début d'année.
- Les résultats au 31 mars 2019 présentent une diminution de 4,5 % par rapport au 31 mars 2018.
- Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.

Indicateur 1.09.45-PS :

- L'engagement de cet indicateur a été atteint.
- Aucune évolution à commenter.
- Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.

Indicateur 1.09.46-PS :

- La non-atteinte de l'engagement s'explique entre autres par la méconnaissance de l'offre de service. Mesures mises en place : les démarches se poursuivent auprès des équipes hospitalières et des intervenants qui suivent les usagers en fin de vie dans le but d'assurer une diffusion adéquate des services offerts à domicile pour ces usagers et, donc, la possibilité de vivre leurs derniers jours à domicile. Aucun usager n'est refusé et ceux-ci sont priorisés par rapport aux autres clientèles. Davantage de stratégies de communication pour la diffusion de services seront étudiées en début d'année.
- Les résultats au 31 mars 2019 présentent une augmentation de 0,5 % par rapport au 31 mars 2018.
- Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne				
Plan stratégique 1.09.25-PS Nombre total de GMF	19	19	21	21
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	80,95	85	82,05	85
Plan stratégique 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R) ou super-clinique	0	1	1	2
Indicateur 1.09.25-PS : a. Reconnaissance d'adhésion du MSSS de 2 nouveaux groupes de médecine familiale (GMF) dans Lanaudière : GMF Clinique familiale des Prairies en août 2018 et GMF des Affluents en octobre 2018. b. Cible atteinte cette année ainsi que l'année précédente. L'atteinte de la cible est également projetée pour l'année 2019-2020. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.09.27-PS : a. Application de la lettre d'entente #327 au guichet d'accès aux médecins de famille (GAMF), application des nouvelles normes de refus au GAMF. Ajout de 26 omnipraticiens dans Lanaudière en 2019. b. Augmentation de 1,1 % depuis la dernière année. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur. Indicateur 1.08.48-PS : a. Désignation réseau obtenue en 2018 et maintenue en 2018-2019 pour le GMF Polyclinique médicale Pierre-Le Gardeur. b. Le deuxième GMF, qui devait adhérer au Programme GMF-R, s'est retiré de l'entente particulière en tant que clinique réseau en décembre 2017 et a décidé, pour des raisons d'exigences du Programme GMF-R, de ne pas poursuivre ses démarches afin d'adhérer au dit Programme. À noter qu'un GMF a comme objectif d'adhérer au Programme GMF-R éventuellement. Pour le moment, il ne répond toutefois pas aux critères du programme (nombre d'inscriptions insuffisant, entre autres). c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Chirurgie				
Plan stratégique 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	6	0	25	0
Indicateur 1.09.32.00-PS : a. La non-atteinte de l'engagement est liée à l'accès en chirurgie plastique (21 cas en attente de plus de 12 mois). Mesures mises en place : – Programmation opératoire dès réception de la requête ou remise en disponibilité de l'utilisateur; – Gestion des disponibilités selon la circulaire du MSSS. Pour le moment, des membres associés (médecins du CHUM) viennent à raison d'une journée par semaine; – Arrivée prévue de 2 chirurgiens plastiques en 2021; – Une rencontre avec la Direction des services professionnels, le chef du département et le chef de service médical de chirurgie plastique est planifiée et aura lieu prochainement. b. Augmentation de 19 demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Santé physique – Imagerie médicale				
Plan stratégique 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	75,5	90,0	75,1	95
Plan stratégique 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les scopies	53,5	90	70,4	90

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Plan stratégique 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les mammographies diagnostiques	93,4	95	100,0	100
Plan stratégique 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les échographies obstétricales	100,0	100	100,0	100
Plan stratégique 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les échographies cardiaques	47,3	90	79,5	100
Plan stratégique 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les échographies mammaires	89,1	100	100,0	100
Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les autres échographies	76,3	90	71,2	90
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie	99,3	100	80,7	100

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les tomodensitométries				
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les résonances magnétiques	79,5	90	70,7	90
Plan stratégique 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	N/A	N/A	N/A	N/A

Indicateur 1.09.34.02-PS :

- La non-atteinte de l'engagement s'explique par le manque de technologues, ce qui freine le nombre d'exams que l'on peut faire. De plus, l'abolition des frais accessoires dans les cliniques privées a pour impact de diminuer le service dans les cliniques (pour les infiltrations) et, ainsi, d'augmenter la demande dans les centres hospitaliers. Mesures mises en place : les radiologues ont accepté de faire des blitz afin de diminuer les délais d'attente.
- Le résultat à la baisse (- 0,4 %) s'explique par les faits mentionnés au commentaire précédent.
- Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.

Indicateur 1.09.34.03-PS :

- Mesures mises en place : une révision de l'organisation de travail du secteur a permis de diminuer les délais d'attente au CHDL et du temps supplémentaire a été accordé à l'HPLG afin de respecter la cible ministérielle.
- Amélioration du suivi et de la qualité des données entrées dans le système d'information.
- Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.

Indicateur 1.09.34.04-PS :

- Vigilance accrue des demandes et de la qualité des données entrées dans le système d'information.
- Maintien de la cible à 100 %.
- Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Indicateur 1.09.34.05-PS :				
a. Mesures mises en place : – Maintien des heures prolongées en échographie cardiaque au CHDL et à l'HPLG; – Ajouts de plages lorsqu'il y a disponibilité médicale; – Maintien des heures prolongées à venir et poursuite de l'ajout de plages pour échographies cardiaques.				
b. Augmentation de plus de 32 %.				
c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Indicateur 1.09.34.06-PS :				
a. Atteinte de la cible (100 %) en raison d'un suivi étroit des délais d'attente.				
b. Belle amélioration du suivi de la liste d'attente.				
c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Indicateur 1.09.34.07-PS :				
a. La cible reste difficile à atteindre en raison de la rareté de la main-d'œuvre spécialisée dans cette modalité. Mesures mises en place : une réorganisation avec le laboratoire d'imagerie médicale (LIM) Services radiologiques Joliette inc. permettra une amélioration du délai d'attente au cours de la prochaine année.				
b. Détérioration de 5,1 %.				
c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Indicateur 1.09.34.08-PS :				
a. La non-atteinte est liée au remplacement du tomodensitomètre au CHDL au printemps et de celui de l'HPLG à l'automne ainsi qu'à un manque de personnel. Les remplacements de tomodensitomètres ont engendré des délais résultant des travaux de construction, de l'installation des appareils et de la formation du personnel spécialisé. Mesures mises en place : – Pendant les travaux à l'HPLG, plus de 500 demandes d'examens ont été distribuées (avec consentement des usagers) au CHDL et à l'Hôpital Notre-Dame; – Afin de favoriser le recrutement, plusieurs garanties d'heures ont été octroyées pour combler le manque de personnel technique à partir de juillet 2019 (graduation des stagiaires).				
b. Le manque de personnel a eu pour impact de diminuer l'ouverture d'un scan pour plusieurs quarts de travail réduisant ainsi le pourcentage.				
c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Indicateur 1.09.34.09-PS :				
a. Mesures mises en place : Selon la disponibilité du personnel, environ 10 nuits en imagerie par résonance magnétique (IRM) sont ouvertes (CHDL) par période. Cela permet de résorber tranquillement l'attente. De plus, plusieurs heures d'épuration ont été faites par les agentes administratives. Afin de favoriser le recrutement, plusieurs garanties d'heures ont été octroyées pour combler le manque de personnel technique à partir de juillet 2019 (graduation des stagiaires).				
b. Le manque de personnel a eu pour impact de diminuer l'ouverture de l'IRM de nuit.				
c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100,0	100	100,0	100
Indicateur 2.02.02-EG2 : a. Résultat atteint. b. Résultat atteint. c. Aucun problème connu lié à la qualité des données ou à la méthodologie de l'indicateur.				
Ressources humaines				
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	8,49	7,21	8,07	7,97
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,72	3,80	4,97	4,72
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	2,34	2,18	2,32	2,18
Indicateur 3.01-PS : a. L'établissement fait face à une pénurie de personnel dans certaines équipes. La culture de la présence au travail doit également être améliorée. D'ailleurs, la mise en place de stratégies permet de constater, depuis quelques périodes, une amélioration des résultats en regard de l'assurance-salaire. Mesures mises en place : – Révision et harmonisation des processus de gestion médico-administrative complétée, notamment en ce qui a trait à la gestion des dossiers d'absence chronique (depuis le 1er avril 2018, près de 200 interventions en lien avec l'absentéisme chronique); – Mise en place des mécanismes structurants afin d'éliminer certains délais administratifs qui prolongeaient la durée des absences (tel que la réduction des délais pour la prise en charge de l'absence par l'équipe de Santé et sécurité au travail); – Formalisation d'une communication bidirectionnelle avec les gestionnaires de manière à échanger sur les stratégies d'intervention dans la gestion médico-administrative de cas complexes ou litigieux;				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
– Mise en place des mécanismes structurants permettant de dépister les employés ayant des enjeux en lien avec la présence au travail à court terme (à ce jour, des interventions ont été réalisées auprès de plus de 1 000 employés qui présentaient des difficultés à cet égard). De plus, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) a priorisé, dans son plan pluriannuel en prévention-inspection 2017-2019, le secteur des soins de santé et d'assistance sociale afin de réduire les lésions professionnelles liées aux risques de troubles musculo-squelettiques (TMS), aux chutes ainsi qu'à la violence. Pour y arriver, le CISSS de Lanaudière, avec l'aide de ses partenaires, soit l'Association paritaire pour la santé et sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et les représentants syndicaux, a mis sur pied des projets qui mettent de l'avant l'amélioration des conditions d'exercice du travail lors de diverses situations vécues par le personnel. Enfin, depuis le 15 octobre dernier, une équipe de soutien à l'amélioration continue en prévention est en place en lien avec le projet Virage prévention. Cette équipe développe une démarche participative avec les différents acteurs qui aura certainement des effets positifs sur l'établissement. b. Le ratio d'heures en assurance-salaire s'est amélioré de 0,42 % par rapport à l'année précédente (8,07 % vs 8,49 %). En fait malgré une augmentation des heures travaillées de plus de 5,70 % au cours de la dernière année, le nombre d'heures en assurance-salaire n'a pas suivi la même proportion en se limitant à une augmentation de 0,87 %. c. Aucun élément mettant en cause la méthodologie ou la fiabilité de la donnée n'est connu et ne pourrait expliquer cet écart par rapport à la cible établie. Indicateur 3.05.02-PS : a. Deux enjeux principaux contribuent à la situation actuelle : des investissements importants visant le rehaussement de l'accès aux soins et aux services génèrent une pression importante sur la main-d'œuvre ainsi que l'absentéisme global qui demeure relativement élevé au sein de l'établissement. Mesures mises en place : Plusieurs chantiers ont été entrepris au cours des derniers mois visant à optimiser les pratiques liées à l'utilisation de la main-d'œuvre : – Des efforts importants se sont poursuivis en ce qui concerne le recrutement (en 2017-2018, 1 787 ressources ont été embauchées dans les différents programmes et services du CISSS); – Un rehaussement des postes en soins infirmiers a été institué dans le but de stabiliser les équipes, notamment dans les secteurs où les indicateurs de temps supplémentaire sont élevés. Au total, c'est l'équivalent de 261 postes à temps complet qui ont été autorisés en ajout aux structures; – Il y a eu mise en place d'un chantier en lien avec la gestion des horaires et de la liste de rappel visant une meilleure fluidité, imputabilité et proximité avec les milieux. Mentionnons aussi que les alliances se poursuivent avec les différents partenaires de l'éducation (commissions scolaires et cégeps) de même qu'Emploi Québec afin de maximiser les cohortes de stagiaires et les candidats à l'emploi. À titre d'exemple, une cohorte d'étudiants aspirant à devenir préposés aux bénéficiaires,				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
en alternance travail et étude, a permis d'embaucher une dizaine d'étudiants à titre d'aides de service. De plus, des échanges sont présentement en cours avec le Cégep régional de Lanaudière en vue d'évaluer la possibilité d'offrir un programme permettant aux infirmières auxiliaires d'obtenir une formation adaptée en vue d'acquérir le titre d'infirmière. b. La comparaison des données entre 2017-2018 et 2018-2019 fait état d'une augmentation de 63 985 heures en temps supplémentaire au cours de la dernière année. Cette augmentation est notamment liée à l'achalandage accru dans les salles d'urgence qui a nécessité un ajout de personnel. c. Aucun élément mettant en cause la méthodologie ou la fiabilité de la donnée n'est connu et ne pourrait expliquer cet écart par rapport à la cible établie. Indicateur 3.06.00-PS : a. Comme exposé précédemment au niveau de l'indicateur 3.05.02-PS, l'établissement a mis en place plusieurs mesures visant à optimiser ses pratiques liées à l'utilisation de la main-d'œuvre. Incidemment, ces pratiques visent à réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante via l'embauche de nouvelles ressources. b. À titre d'élément contributif à l'accroissement du recours à la main-d'œuvre indépendante, notons la demande accrue en main-d'œuvre liée aux investissements supplémentaires visant à rehausser l'offre de service. La comparaison des données entre 2017-2018 et 2018-2019 fait état d'une augmentation au niveau des heures (299 758 heures en main-d'œuvre indépendante (MOI) en 2017-2018 par rapport à 313 964 heures pour l'année 2018-2019). c. Aucun élément mettant en cause la méthodologie ou la fiabilité de la donnée n'est connu et ne pourrait expliquer cet écart par rapport à la cible établie.				
Multiprogrammes				
Plan stratégique 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	71,1	78,1	72,7	78
Indicateur 7.01.00-PS : a. L'engagement 2018-2019 représentait une augmentation de 7 % du résultat de la fin d'année 2017-2018, un défi important considérant le nombre de directions concernées. Les principaux facteurs expliquant la non-atteinte de l'engagement concernent la gestion des listes d'attente et des charges de cas ainsi que les difficultés liées à la dotation et au remplacement du personnel. Mesures mises en place : des améliorations ont été observées dans certains secteurs et les actions se poursuivront dans le même sens pour la prochaine année, entre autres par le suivi étroit de la liste d'attente, le travail sur la durée de l'épisode de service, l'application du cadre de référence, la révision des charges de cas				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
systématisée, l'augmentation significative de la réalisation des plans d'intervention, la mise en place du suivi de la performance individuelle des intervenants, les travaux avec le secteur des archives pour améliorer la qualité de la saisie des données dans les différents systèmes clientèle et leur animation dans les équipes de travail. b. Comparativement à 2017-2018, près de 725 épisodes de service de plus (6,4 %) ont été recensés et le pourcentage de ces épisodes pour lequel un usager a reçu une première intervention dans un délai de 30 jours a augmenté de 1,6 %. c. Cet indicateur mesure le temps écoulé entre la réception d'une première demande de service pour un usager et la date de la première intervention psychosociale réalisée, sans faire le lien entre le motif de la demande initiale et le service offert. Les récentes modifications au cadre normatif du système d'information I-CLSC (priorisation obligatoire des demandes, fermeture des épisodes de service après la fin des prestations...) permettront d'avoir un portrait plus réaliste de cet indicateur.				

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

L'agrément

Le prochain cycle d'agrément (2018-2023) est débuté à la suite du nouveau modèle mis en place par Agrément Canada. La première visite de ce cycle a eu lieu dans la semaine du 24 février 2019. Le CISSS de Lanaudière est agréé pour le prochain cycle, soit pour les années 2018-2023.

Ce sont 18 processus prioritaires et 19 pratiques organisationnelles requises (PORs) qui ont été évalués dans 8 installations de notre organisation pour les normes leadership et gouvernance ainsi que nos services en regard des exigences en matière de qualité et de sécurité. Voici un résumé du rapport.

Résultat des 662 critères qualité évalués : 582/662 réussis, soit 88 %.

Résultat des 19 PORs évalués : 16/19 conformes, soit 84 %.

Les 3 PORs suivantes, de par leur caractère essentiel à la sécurité, doivent faire l'objet de travaux :

- Bilan comparatif des médicaments (BCM) aux points de transition;
- Utilisation d'abréviations dangereuses dans les ordonnances médicales;
- Sécurité liée aux médicaments de niveau d'alerte élevé.

Le rapport fait état des points forts identifiés par les visiteurs ainsi que des mesures d'amélioration à mettre en place.

Nos forces :

- Engagement et dynamisme des intervenants;
- Développement des trajectoires clientèles;
- Accessibilité accrue à des services de qualité;
- Volonté d'intégrer la qualité aux pratiques;
- Adaptation des services aux besoins de la clientèle;
- Appropriation par les équipes de la démarche de gestion des risques et sécurité des usagers;
- Conformité par le conseil d'administration aux bonnes pratiques de la norme Gouvernance;
- Stratégie d'attraction et de rétention des ressources humaines et valorisation de la présence au travail;
- Sécurité de l'information;
- Salle de pilotage et tableau de gestion visuelle;
- Révision du circuit des médicaments;
- Atteinte des cibles en antibiogouvernance.

Bons coups soulignés par les visiteurs :

- Aménagement de l'endoscopie du Centre hospitalier De Lanaudière (CHDL);
- Déshydrateur thermique à la cafétéria du CHDL;
- Expertise de l'équipe de génie biomédical et uniformisation des programmes d'entretien préventif;
- Campagne d'affichage « 4 moments d'hygiène des mains » et audits réalisés auprès des équipes.

Nos possibilités d'amélioration :

- Travailler davantage avec les usagers par l'intégration des patients partenaires et l'apport des usagers et de leurs proches, notamment dans les processus administratifs;
- Stabiliser les ressources humaines;
- Maintenir l'équilibre budgétaire;
- Mettre en place un processus d'appréciation de la contribution des membres du personnel;
- Arrimer les systèmes d'information;
- Améliorer l'aménagement de certains locaux et diminuer l'encombrement;
- Développer un système de traçabilité des instruments médicaux au CHDL;
- Mettre en pratique quotidiennement les mesures liées à la prévention des infections pour l'ensemble des intervenants;
- Renforcer les bonnes pratiques relatives à la préparation et à la manipulation des médicaments dans les unités de soins;
- Mettre en place des processus de vérification de la médication dans les aires d'entreposage, particulièrement dans les centres périphériques aux hôpitaux;
- Assurer le nettoyage des équipements utilisés par le personnel infirmier entre chaque usager;
- Bonifier le processus de communication en cas d'urgence.

Suivis apportés aux recommandations dans son dernier rapport

Selon l'ancien modèle d'agrément, pour l'ensemble des constituantes du CISSS, tous les suivis étaient terminés au 30 juin 2017.

Un premier suivi du nouveau rapport, reçu en mars 2019, se déploiera d'ici janvier 2020 pour 10 critères non conformes, tel que priorisé par Agrément Canada. Le plan d'amélioration de la qualité va intégrer l'ensemble des travaux requis pour répondre aux zones d'amélioration identifiées au rapport et se déploiera au cours des prochaines années.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

- Présentation des attentes en lien avec la gestion des risques et la déclaration des événements au tronc commun de la Direction des soins infirmiers (sud et nord);
- Rappels faits auprès des gestionnaires sur la divulgation lors de l'analyse de certains événements sentinelles;
- Formation offerte à l'ensemble des ressources d'hébergement du CISSS accueillant de la clientèle de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) et de la clientèle de la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DDI-TSA-DP);
- Rappels faits auprès des membres du personnel des ressources intermédiaires sur l'importance de la déclaration lors des visites effectuées dans ces milieux;

- Rencontre des nouveaux chefs de service ou de programme pour discuter des rôles et des responsabilités en lien avec la déclaration, l'analyse sommaire, l'analyse détaillée et la divulgation au CISSS;
- Adoption de la procédure sur la déclaration des événements indésirables du CISSS;
- Rencontre de plusieurs équipes cliniques qui désirent approfondir les processus entourant la déclaration et la divulgation des incidents/accidents, à la demande des gestionnaires;
- Vigie du Service de la qualité et de la gestion des risques quant à la qualité des déclarations et des données déposées au registre local des incidents/accidents du CISSS.

La nature des 3 principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

1. Autres : 274 déclarations représentant 1,5 % du total des déclarations;
2. Médication : 381 déclarations représentant 2,1 % du total des déclarations;
3. Tests diagnostiques de laboratoire : 1 895 déclarations représentant 10,4 % du total des déclarations.

La nature des 3 principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

1. Autres : 1 315 déclarations représentant 7,2 % du total des déclarations;
2. Médication : 3 615 déclarations représentant 20 % du total des déclarations;
3. Chute : 7 319 déclarations représentant 40,3 % du total des déclarations.

Au chapitre des incidents/accidents, le total des événements déclarés pour 2018-2019 est de 18 141.

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

Principaux risques d'incidents/accidents identifiés

Le comité de gestion des risques a procédé au suivi d'indicateurs pour les déclarations des chutes, des erreurs de médicaments ainsi que des événements sentinelles.

De même, à chacune des rencontres, le comité effectue un suivi de l'évolution des actions identifiées aux plans d'action pour les chutes et les erreurs de médicaments issues des recommandations émises par le Groupe Vigilance du MSSS.

Enfin, le comité de gestion des risques assure une vigie quant à la réalisation des recommandations émises à la suite de l'analyse des événements sentinelles.

Surveillance, prévention et contrôle des infections

Le comité de gestion des risques assure le suivi des indicateurs liés au respect de l'hygiène des mains ainsi que de la consommation des quinolones (antibiotiques à large spectre) dans la prévention des infections nosocomiales.

De plus, la chef de service prévention et contrôle des infections présente un rapport faisant état de la situation 4 fois par année au comité de gestion des risques.

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

Les travaux d'harmonisation de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle ont été complétés en 2018. Un plan de déploiement est en cours et s'actualise en fonction des priorités établies par les différentes directions cliniques de l'établissement.

Des travaux par rapport à la consignation des informations relatives à l'utilisation des mesures de contrôle ont été réalisés avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) afin de mettre en œuvre un seul système de consignation de données. Actuellement, les intervenants consignent leurs données dans le système prévu à cette fin dans leur milieu de travail, soit :

- PIJ : secteur centre de protection de l'enfance et de la jeunesse;
- I-CLSC : secteur première ligne;
- Sicheid : secteur hébergement;
- Sharepoint : secteur hospitalier.

Les données consignées permettent de suivre les indicateurs suivants :

- Taux d'utilisation par secteur/jour présence;
- Pourcentage de mesures de contrôle en situation non planifiée/planifiée par secteur;
- Pourcentage de mesures de contrôle par type par secteur;
- Durée moyenne de la mesure isolement par secteur;
- Durée moyenne de la mesure contention par secteur;
- Nombre de mesures chimiques appliquées par secteur.

La DQEPE procède à la production du rapport annuel à partir des données qui sont inscrites dans les 4 systèmes d'information clientèle.

En ce qui concerne la pérennité des meilleures pratiques en matière d'application de mesures de contrôle, une formation continue partagée est en développement et elle sera accessible sur une plateforme électronique (Moodle), dès juin 2019. Cette formation est incorporée au programme d'accueil des nouveaux employés à la Direction des soins infirmiers.

De plus, des mécanismes d'évaluation de la mesure de la qualité ont été mis en place depuis l'hiver 2018 en milieu hospitalier par l'entremise d'audits de dossier. Ces résultats d'audits sont des leviers pertinents pour les gestionnaires des secteurs visés et permettent une rétroaction aux équipes dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par diverses instances

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année 2018-2019, l'analyse des plaintes des usagers et les interventions menées par les membres du Service du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont généré 558 mesures qui ont toutes été acceptées et mises en action par les directions concernées. Le comité de vigilance et de la qualité en a assuré le suivi.

Motifs des plaintes pour lesquelles des mesures ont été émises	Nombre
Accessibilité	99
Aspects financiers	24
Droits particuliers	47
Loi sur la maltraitance	4
Relations interpersonnelles	105
Soins et services dispensés	176
Organisation des services et ressources matérielles	103
Total	558

À titre d'exemple, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services a émis plusieurs recommandations concernant le personnel œuvrant dans les 2 centres hospitaliers afin de s'assurer que :

- Les mesures de sécurité soient prises pour assurer la protection des effets personnels des usagers dans l'incapacité d'en assurer eux-mêmes la garde;
- Les évaluations effectuées au triage à l'urgence respectent les normes de pratique en vigueur;
- Les employés s'adressent à la clientèle avec respect, conformément au code d'éthique de l'établissement;
- Les protocoles cliniques soient connus et respectés des employés;
- L'approche adaptée à la personne âgée soit appliquée;
- La famille des usagers soit considérée et impliquée dans la démarche de soins.

Le commissaire a aussi formulé plusieurs recommandations concernant l'accessibilité aux services, notamment au niveau des centrales de rendez-vous et des cliniques ambulatoires. De plus, des mesures correctives ont été adressées à certaines résidences privées pour aînés afin que les résidents reçoivent les soins et les services conformément au cadre de référence.

Toujours en ce qui concerne la clientèle âgée, soulignons que le commissaire est intervenu auprès de la DSAPA afin qu'elle prenne les moyens nécessaires pour soutenir l'offre de service à cette clientèle.

À la suite des recommandations du commissaire :

- Les protocoles cliniques ont été revus et, dans certains cas, amendés afin de prodiguer des soins au-delà des normes de pratique reconnues;
- Les mesures ont été mises en place afin de rehausser les systèmes d'appels et d'améliorer l'environnement physique de certains secteurs;
- Des interventions ont été effectuées auprès des exploitants de résidences pour aînés afin de s'assurer du bien-être des résidents;
- Des mesures ont été prises afin de s'assurer que les proches des usagers soient partie prenante de l'épisode de soins;
- Des rappels ont été faits quant à l'application des normes de triage reconnues à l'urgence;
- Des améliorations ont été effectuées quant à l'application du protocole sur les mesures de contrôle;
- Des mesures ont été mises en place afin que les normes d'hygiène établies par la DSI soient respectées.

Le Protecteur du citoyen

Au total, 46 dossiers ont été transférés en 2^e instance auprès du Protecteur du citoyen. Ce dernier a conclu 42 dossiers, dont 31 sans recommandations et 11 avec recommandations. Les recommandations adressées à l'établissement portaient plus particulièrement sur des ajustements financiers, la mise en place de protocoles, la révision des ressources, l'amélioration des communications, l'amélioration des mesures de sécurité et de protection des effets personnels et l'ajustement des activités professionnelles, et s'adressaient à la DDI-TSA-DP, à l'urgence, à différentes unités de soins, à la Direction des ressources financières et de la logistique, à certains CLSC et à la DSAPA. Également, deux organismes communautaires et une maison de soins palliatifs du territoire ont été visés.

Toutes ces recommandations ont été acceptées et mises en action par les directions concernées et le comité de vigilance et de la qualité en a assuré le suivi. Ainsi, des protocoles ont été développés en lien avec les modalités d'accès à la marijuana à des fins médicales en milieu de soins et en milieu d'hébergement, conformément au cadre légal applicable et aux données probantes en la matière, certaines méthodes de soins ont été diffusées au personnel infirmier, une procédure sur la gestion de la médication personnelle a été révisée, le personnel s'est vu rappeler l'importance d'agir avec respect, écoute et empathie, des ajustements financiers ont été autorisés et, enfin, des mesures ont été mises en place afin de permettre aux usagers d'assurer la surveillance de leurs biens à l'hôpital.

Au 31 mars 2019, 17 dossiers étaient toujours à l'étude.

Le Protecteur du citoyen a également procédé à l'ouverture de 5 dossiers d'interventions, qui ont donné lieu à des recommandations dans 3 dossiers, soit la mise à jour de l'entente contractuelle entre l'établissement et un centre d'hébergement privé conventionné, la mise en place d'actions pour améliorer le délai de traitement des plaintes médicales ainsi que des recommandations visant une résidence privée pour aînés. L'établissement a donné suite à l'ensemble des recommandations.

Le Coroner

Pour l'année 2018-2019, 11 rapports du coroner ont été adressés au CISSS de Lanaudière. Ces rapports ont généré 4 recommandations, dont 3 qui ont été adressées spécifiquement à l'établissement et une au MSSS.

Les recommandations visant l'établissement nous invitaient à revoir ces événements à l'intérieur des instances concernées, soit la Direction des services infirmiers (DSI), le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et la DQEPE.

Ainsi, pour ces 3 recommandations, voici les actions posées :

- Le CMDP a révisé la pratique médicale à la suite du décès d'un usager en raison de complications postopératoires;
- La DSI et la DQEPE ont effectué l'analyse d'un événement lié à la chute d'un usager, comme recommandé, et ont mis les mesures suivantes en place : rappel sur l'application des mesures de prévention des chutes et révision des mécanismes de communication intra et interprofessionnelle.

La 4^e recommandation, adressée au MSSS, portait sur la diffusion du rapport du coroner à tous les établissements et demandait un rappel au personnel soignant infirmier sur le caractère impératif et catégorique de l'application rigoureuse des protocoles de

surveillance déjà établis après l'administration de narcotiques. En application de cette recommandation, les actions posées par le CISSS de Lanaudière ont été les suivantes :

- Transmission d'un communiqué à l'ensemble du personnel pour rappeler l'importance du respect des protocoles afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services;
- Revision, par la DSI, du protocole de surveillance des narcotiques afin d'assurer l'application des meilleures pratiques.

Autres instances

Inspection professionnelle de l'OIIAQ

L'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ) a procédé à une inspection professionnelle dans les installations suivantes du 15 au 18 octobre 2018 : Centre d'hébergement et CLSC de Saint-Jean-de-Matha, Centre d'hébergement Saint-Eusèbe, Centre multiservices de santé et de services sociaux Claude-David, Centre d'hébergement de L'Assomption, Centre d'hébergement de Repentigny et Hôpital Pierre-Le Gardeur.

Les points forts relevés par l'équipe d'inspection concernent la communication (avec l'usager et ses proches, l'équipe de soins, l'équipe interdisciplinaire), la qualité de la collecte de données et des observations ainsi que la prestation des soins.

Les lacunes observées (rédaction des rapports et notes d'évolution, administration des médicaments, application des mesures de prévention et de contrôle des infections, administration par voie intraveineuse) font l'objet d'un plan d'amélioration travaillé en collaboration avec la DSI.

À la suite de cette visite, des notes de service ont été diffusées aux infirmières et aux infirmières auxiliaires afin de les encourager à revoir les principales méthodes de soins et les normes attendues, notamment en ce qui a trait à la documentation, à la prévention et au contrôle des infections, à l'hygiène des mains, au port de gants et à la double vérification indépendante. De plus, le rapport de visite et le plan d'amélioration ont été diffusés dans les unités de soins pour consultation.

En 2019-2020, le plan d'amélioration complété sera présenté aux gestionnaires, qui seront appelés à le bonifier avec les rappels, les activités et les rencontres qu'ils auront effectués auprès des équipes de soins. Par la suite, le plan d'amélioration révisé sera transmis à l'OIIAQ.

Inspection professionnelle de l'OIIQ

En février 2018, le Centre d'hébergement Saint-Antoine-de-Padoue a reçu la visite de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Un rapport d'inspection a été acheminé à l'établissement avec l'obligation de produire un plan d'amélioration des soins infirmiers, et ce, afin de mettre en place, avec les infirmières, des moyens pour corriger les éléments de leur pratique jugés non conformes et ainsi répondre aux recommandations qui en découlent.

L'équipe du Centre d'hébergement Saint-Antoine-de-Padoue, avec le soutien de la DSI, a élaboré et suivi le plan tout au long de l'année. Celui-ci sera déposé à l'OIIQ en mai 2019. Cette démarche a permis de contribuer à l'amélioration concrète des soins à ce CHSLD. La pérennité des actions entreprises sera assurée à l'aide d'un plan d'action pour l'année à venir. De plus, cette visite de l'OIIQ a permis à la DSAPA d'élaborer, en collaboration avec la DSI, un plan d'amélioration des soins infirmiers pour l'ensemble des CHSLD du territoire.

Visite ministérielle en CHSLD

Des visites ministérielles ont eu lieu dans 4 CHSLD du CISSS au cours de la dernière année. De ceux-ci, 2 ont particulièrement démontré avoir amélioré la qualité de leurs milieux de vie depuis la visite précédente. Il s'agit du Centre d'hébergement de Repentigny et du Centre d'hébergement de L'Assomption qui ont obtenu une cote « adéquat » contrairement à la cote « préoccupant » qui avait été donnée lors de la dernière visite.

Le Centre d'hébergement de Saint-Jacques et le Centre d'hébergement Saint-Antoine-de-Padoue ont aussi été visités et ont obtenu une cote « acceptable ».

- **Centre d'hébergement de Repentigny**

Il y a 7 recommandations portant sur les éléments suivants :

1. Bonification du programme écrit d'accompagnement en fin de vie;
2. Directive post-mortem;
3. Accessibilité des produits dangereux;
4. Complétion de l'histoire de vie du résident;
5. Promptitude dans la réponse aux demandes des résidents;
6. Stimulation des résidents pour l'alimentation et température des aliments;
7. Présence optimisée du personnel au moment des repas.

Principales actions mises en place :

1. Mise à jour du programme d'accompagnement en fin de vie par la DSAPA qui a été finalisé en février 2019, amorce de la recherche de bénévoles pour réaliser de l'accompagnement en fin de vie et établissement de partenariats avec des organismes communautaires locaux pour soutenir les bénévoles recrutés;
2. Rédaction de la directive portant sur le temps pour libérer la chambre et inclusion de celle-ci dans les pochettes d'accueil harmonisées pour toutes les installations;
3. Rappels lors des rencontres des équipes de soins, installation de serrures aimantées et réalisation d'audits de façon régulière;
4. Remise dès l'admission du formulaire à remplir, rappels si nécessaire et présentation de l'histoire de vie par le préposé accompagnateur à une rencontre de l'équipe de soins ou lors de l'élaboration du plan d'intervention;
5. Capsule de formation en continu sur l'activité repas de l'approche relationnelle de soins, formation de nouvelles personnes « formatrices » sur cette approche et sensibilisation du personnel à ne pas enlever le dôme sur les assiettes avant l'aide à l'alimentation;
6. Révision des horaires de travail du personnel et du temps de la pause repas, plus spécifiquement pour les préposés.

- **Centre d'hébergement de L'Assomption**

Il y a 8 recommandations portant sur les éléments suivants :

1. Bonification du programme écrit d'accompagnement en fin de vie;
2. Directive post-mortem;
3. Affichage d'éléments du code d'éthique;
4. Interdisciplinarité dans l'accompagnement en fin de vie, incluant les proches;
5. Installation des résidents à la salle à manger pas plus de 20 minutes avant le repas;
6. Présence optimisée du personnel au moment des repas;

7. Programmation des activités sur 7 jours;
8. Moyens de recrutement des bénévoles.

Principales actions mises en place :

1. Mise à jour du programme d'accompagnement en fin de vie par la DSAPA qui a été finalisé en février 2019 et amorce de la recherche de bénévoles pour réaliser de l'accompagnement en fin de vie;
2. Rédaction de cette directive portant sur le temps pour libérer la chambre et inclusion de celle-ci dans les pochettes d'accueil harmonisées pour toutes les installations;
3. Information auprès de la famille, des proches et des professionnels afin de solliciter leur participation dans les interventions de soins et autres pendant l'étape de la fin de vie;
4. Révision des méthodes de travail du personnel, identification d'alternatives pour ne pas nécessairement laisser les résidents dans leur chambre et réalisation d'audits de façon régulière pour assurer la pérennité de cette exigence;
5. Révision des horaires de travail du personnel et du temps de la pause repas, plus spécifiquement pour les préposés;
6. Ajout d'activités en mode interactif, organisation d'activités communautaires les fins de semaine pour les familles et mobilisation des préposés pour leur participation aux activités;
7. Intensification de la sollicitation de bénévoles dans les médias locaux, dans tous les calendriers mensuels de loisirs de l'installation ainsi que sur des affiches placées dans l'installation.

- **Centre d'hébergement de Saint-Jacques**

Il y a 8 recommandations qui portent sur les éléments suivants :

1. Bonification du programme écrit d'accompagnement en fin de vie;
2. Procédure d'élaboration des plans d'intervention en interdisciplinarité;
3. Comité milieu de vie actif;
4. Information et sensibilisation auprès du personnel sur les syndromes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD);
5. Interdisciplinarité dans l'accompagnement en fin de vie, incluant les proches;
6. Installation des résidents à la salle à manger pas plus de 20 minutes avant le repas;
7. Heures de repas des résidents normalisées à 12 h et 17 h;
8. Programmation des activités sur 7 jours.

Principales actions mises en place :

1. Mise à jour du programme d'accompagnement en fin de vie par la DSAPA qui a été finalisé en février 2019, poursuite des formations sur les soins palliatifs et de fin de vie et recrutement de bénévoles pour l'accompagnement en fin de vie;
2. Réalisation des plans d'intervention selon un horaire fixe, requêtes auprès de tous les professionnels, prévision des révisions annuelles des plans d'intervention ou au besoin et présence du préposé accompagnateur lors de l'élaboration du plan d'intervention;
3. Mise à jour des outils de formation, recrutement de deux nouvelles personnes « formatrices », formation annuelle de tout le personnel d'une demi-journée pour rafraîchir les connaissances et soutien d'un géronto-psychiatre de l'établissement;

4. Information auprès de la famille, des proches et des professionnels afin de solliciter leur participation dans les interventions de soins et autres pendant l'étape de la fin de vie;
5. Disposition différente de la salle à manger pour accueillir les résidents avant le repas, ailleurs qu'à leur table, et participation du comité milieu de vie à l'aménagement d'autres espaces;
6. Information et consigne auprès du personnel, modification du moment de déplacement des chariots chauffants et révision de l'horaire du personnel de la cuisine;
7. Intensification des activités de recrutement des bénévoles, affichage dans l'installation, mobilisation des préposés pour leur participation aux activités et sollicitation de la communauté pour l'organisation d'activités.

- **Centre d'hébergement Saint-Antoine-de-Padoue**

Il y a 9 recommandations portant sur les éléments suivants :

1. Bonification du programme écrit d'accompagnement en fin de vie;
2. Procédure d'élaboration des plans d'intervention en interdisciplinarité;
3. Comité milieu de vie actif;
4. Information au comité de résidents lors d'une nouvelle admission;
5. Complétion de l'histoire de vie du résident;
6. Interdisciplinarité dans l'accompagnement en fin de vie, incluant les proches;
7. Installation des résidents à la salle à manger pas plus de 20 minutes avant le repas;
8. Heures de repas des résidents normalisées à 12 h et 17 h;
9. Programmation des activités sur 7 jours.

Principales actions mises en place :

1. Réalisation des plans d'intervention selon un horaire fixe, requêtes auprès de tous les professionnels, prévision des révisions annuelles des plans d'intervention ou au besoin et présence du préposé accompagnateur lors de l'élaboration du plan d'intervention;
2. Information au comité par le technicien en loisirs au moment de la prise de photos;
3. Remise dès l'admission du formulaire à remplir, rappels si nécessaire et présentation de l'histoire de vie par le préposé accompagnateur à une rencontre de l'équipe de soins dans le mois suivant l'admission;
4. Information auprès de la famille, des proches et des professionnels afin de solliciter leur participation dans les interventions de soins et autres pendant l'étape de la fin de vie;
5. Information auprès du personnel, sollicitation de la participation du comité milieu de vie dans l'aménagement d'autres espaces pour accueillir les résidents et réaménagement des salles à manger;
6. Révision des horaires de travail du personnel et du temps de la pause repas, plus spécifiquement pour les préposés et le personnel de la cuisine;
7. Intensification des activités de recrutement des bénévoles, affichage dans l'installation, mobilisation des préposés pour leur participation aux activités, modification de l'horaire de travail du technicien en loisirs et diversification du matériel de loisirs pour le personnel et les familles.

Le nombre de mises sous garde selon la mission

Cette partie concerne tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001).

Mises sous garde 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 - CISSS de Lanaudière		
	Mission CH	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	982	982
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	62
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	46	46
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	221
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)	190	190

Il n'y a eu aucune mise sous garde pour les missions CHSLD, CLSC et CR de l'établissement en 2018-2019.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

La population peut accéder au rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sur le site Web de l'établissement au www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca.

L'information et la consultation de la population

Le CISSS de Lanaudière met en place plusieurs moyens pour informer la population de ses activités de même que pour lui faire connaître son offre de service.

Dépliants sur les services en CLSC

De nouveaux dépliants sur les services offerts en CLSC ont été produits, en 2018-2019, pour diffusion à la population. Ils incluent des informations spécifiques au CLSC, les coordonnées du guichet d'accès en DI-TSA-DP, des centres de réadaptation en dépendance, du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, des organismes

qui offrent du transport, etc. Une version de ces dépliants adaptée pour l'Internet est accessible sur le site Web du CISSS. Des dépliants sont également distribués dans les salles d'attente des différentes installations du CISSS.

Carte des installations

La carte des installations du CISSS a été revue en fonction des plus récents déménagements, regroupements de services, etc. Cette carte, disponible sur le site Web du CISSS, indique tous les lieux où l'établissement offre des services à la population.

Site Web et page Facebook

Le site Web du CISSS a franchi sa première année d'existence au printemps 2018. Dédié à l'information sur les services sociaux et de santé offerts par le réseau public lanauchois et aux modalités d'accès, la qualité de l'information transmise au public y est primordiale. Voilà pourquoi une première mise à jour du contenu a eu lieu à l'automne 2018 avec la collaboration des directions. Une démarche de développement afin de mieux répondre aux besoins de la population a été initiée en mars 2019.

La page Facebook du CISSS sert quant à elle à informer sur les activités de l'organisation, le recrutement et l'affichage de postes ou à diffuser des conseils de santé publique ou toute autre information pertinente destinée à la population. En 2018-2019, plus de 3 704 utilisateurs de ce média social y étaient abonnés.

Chaque année, le CISSS gère de multiples demandes et commentaires de la part de la population à travers ces deux plateformes. Ainsi, en 2018-2019, plus de 500 questions ont été reçues et traitées.

Questions du public au conseil d'administration

Chaque séance du conseil d'administration (CA) prévoit à l'ordre du jour le point « Questions du public », permettant à la population de s'adresser aux membres du CA pour obtenir des réponses à leurs questionnements sur l'organisation. Au cours de l'année 2018-2019, des citoyens de Lanaudière, des membres du personnel, des représentants syndicaux et des représentants d'organismes communautaires ont profité de cette tribune. Le site Web du CISSS publie l'ordre du jour, le lieu et l'heure des séances du CA ainsi que les procès-verbaux de chaque rencontre. Toute personne souhaitant poser une question au CA peut remplir le formulaire sur le site Web du CISSS, disponible de 10 h à 16 h le jour même de la séance, ou venir enregistrer sa question 30 minutes avant le début de la séance.

Le CISSS a tenu une séance publique d'information lors de la séance du CA du 5 novembre 2018. Le rapport annuel de gestion 2017-2018 de l'établissement y a été présenté.

Relations médias

Le CISSS de Lanaudière entretient des relations avec les médias régionaux et nationaux afin de tenir la population informée de l'avancement de ses travaux et des enjeux touchant son organisation. Au total, l'établissement a répondu à 169 demandes médias entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

De même, plusieurs communiqués de presse sont diffusés par l'établissement afin d'informer la population sur les modalités d'accès aux services et de lui offrir des informations pertinentes sur la santé et les services sociaux.

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

Exercice 2017-2018 : du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018		
Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	401
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour la période.	36
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	490
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs	61
Sédation palliative continue (SPC)	Nombre de sédations palliatives continues administrées	16
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	94
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	47
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : • 8 usagers étaient inaptes; • 6 usagers ont changé d'idée avant ou en cours d'évaluation; • 27 usagers sont décédés avant l'administration; • 2 usagers ne répondaient pas aux critères au moment de la demande d'AMM; • 1 usager a été transféré dans une autre région; • 3 usagers pour qui la demande d'AMM est en cours.	47

Exercice 2018-2019 : du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019		
Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	1 185
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour la période.	94
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	644
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs	146
Sédation palliative continue (SPC)	Nombre de sédations palliatives continues administrées	37
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	204
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	112
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : • 14 usagers ont retiré leur demande/ont changé d'avis; • 32 usagers sont décédés avant la fin de l'évaluation; • 10 usagers sont décédés avant l'administration; • 11 usagers ne répondaient pas aux critères au moment de la demande d'AMM; • 21 usagers répondaient aux conditions au moment de la demande d'AMM, mais ont cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation; • 3 usagers n'étaient pas atteints d'une maladie grave et incurable. • 4 demandes sont en cours	95

7. Les ressources humaines

La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement

11045275 - CISSS de Lanaudière		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 à 2019-03-30				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT*	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures suppl.	Total heures rémunérées	Nbre ETC*	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-2015	757 950	2 504	760 454	417	468
	2015-2016	655 372	2 288	657 659	361	430
	2016-2017	566 018	2 443	568 460	312	369
	2017-2018	522 360	3 781	526 141	288	349
	2018-2019	554 643	2 708	557 350	305	384
	Variation	(26,8 %)	8,1 %	(26,7 %)	(26,9 %)	(17,9 %)
2 - Personnel professionnel	2014-2015	2 334 153	9 483	2 343 636	1 301	1 687
	2015-2016	2 253 594	6 445	2 260 039	1 255	1 645
	2016-2017	2 095 625	8 663	2 104 288	1 166	1 487
	2017-2018	2 184 394	12 310	2 196 704	1 216	1 597
	2018-2019	2 372 031	16 690	2 388 722	1 321	1 670
	Variation	1,6 %	76,0 %	1,9 %	1,5 %	(1,0 %)
3 - Personnel infirmier	2014-2015	4 057 810	218 346	4 276 156	2 185	2 912
	2015-2016	4 159 628	197 504	4 357 132	2 240	2 994
	2016-2017	4 232 633	211 697	4 444 330	2 273	3 047
	2017-2018	4 438 335	235 499	4 673 834	2 382	3 306
	2018-2019	4 607 989	261 957	4 869 945	2 467	3 393
	Variation	13,6 %	20,0 %	13,9 %	12,9 %	16,5 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-2015	6 960 310	172 365	7 132 675	3 834	5 167
	2015-2016	6 821 532	144 984	6 966 516	3 758	5 136
	2016-2017	6 696 404	168 489	6 864 893	3 690	5 084
	2017-2018	6 781 762	211 473	6 993 235	3 739	5 449
	2018-2019	7 200 374	222 724	7 423 098	3 977	5 585
	Variation	3,4 %	29,2 %	4,1 %	3,7 %	8,1 %

11045275 - CISSS de Lanaudière		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 à 2019-03-30				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT*	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures suppl.	Total heures rémunérées	Nbre ETC*	Nbre individus
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-2015	1 358 952	23 234	1 382 186	693	1 036
	2015-2016	1 349 971	15 223	1 365 194	689	1 030
	2016-2017	1 330 436	21 731	1 352 167	680	1 009
	2017-2018	1 345 743	27 302	1 373 045	687	970
	2018-2019	1 330 847	39 088	1 369 935	679	1 019
	Variation	(2,1 %)	68,2 %	(0,9 %)	(2,1 %)	(1,6 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-2015	37 690	29	37 719	21	98
	2015-2016	35 403	33	35 435	19	104
	2016-2017	29 203	51	29 255	16	82
	2017-2018	30 626	217	30 842	17	93
	2018-2019	28 679	49	28 728	16	91
	Variation	(23,9 %)	67,1 %	(23,8 %)	(24,7 %)	(7,1 %)
Total du personnel	2014-2015	15 506 865	425 961	15 932 826	8 452	11 025
	2015-2016	15 275 500	366 476	15 641 976	8 322	11 027
	2016-2017	14 950 320	413 075	15 363 394	8 136	10 779
	2017-2018	15 303 220	490 581	15 793 801	8 329	11 447
	2018-2019	16 094 563	543 216	16 637 779	8 764	11 783
	Variation	3,8 %	27,5 %	4,4 %	3,7 %	6,9 %

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019 : 16 127 092

Écart à la cible : 510 687

Écart à la cible en % : 3,2 %

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

La mise en œuvre de ces nouveaux investissements explique la situation de l'établissement pour laquelle on observe une augmentation du nombre d'heures rémunérées.

Note : Les données sont arrondies à l'unité.

* SCT : Secrétariat du Conseil du trésor / ETC : équivalents temps complet

8. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Dépenses par programmes-services						
Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	17 099 831	1,87 %	18 761 627	1,92 %	1 661 796	9,72 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	45 254 438	4,95 %	47 998 685	4,92 %	2 744 247	6,06 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	175 500 058	19,21 %	191 212 542	19,60 %	15 712 484	8,95 %
Déficiences physique	29 635 604	3,24 %	31 475 959	3,23 %	1 840 355	6,21 %
Déficiences intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	46 595 378	5,10 %	50 892 625	5,22 %	4 297 247	9,22 %
Jeunes en difficulté	71 783 483	7,86 %	76 015 579	7,79 %	4 232 096	5,90 %
Dépendances	5 261 112	0,58 %	5 590 456	0,57 %	329 344	6,26 %
Santé mentale	54 002 317	5,91 %	59 285 919	6,08 %	5 283 602	9,78 %
Santé physique	285 108 727	31,21 %	302 611 710	31,01 %	17 502 983	6,14 %
Programmes soutien						
Administration	53 966 938	5,91 %	60 412 476	6,19 %	6 445 538	11,94 %
Soutien aux services	61 440 618	6,73 %	63 362 331	6,49 %	1 921 713	3,13 %
Gestion des bâtiments et des équipements	67 856 278	7,43 %	68 168 950	6,99 %	312 672	0,46 %
Total	913 504 782	100 %	975 788 859	100%	62 284 077	6,82%

Pour plus d'informations sur les ressources financières, le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471, publié sur le site Web de l'établissement, dès qu'il sera disponible.

Résultats des opérations et maintien de l'équilibre budgétaire

Le résultat combiné des activités d'exploitation et d'immobilisations se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 439 078 \$ et est imputé aux déficits cumulés.

Le résultat combiné des opérations des activités principales et accessoires se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 1 034 243 \$ et est imputé aux déficits cumulés.

Le résultat des activités du fonds d'immobilisations se solde par un déficit des revenus sur les charges au montant de 595 165 \$ et est imputé aux surplus cumulés.

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit engager aucun déficit en fin d'exercice. Le déficit engendré au fonds d'immobilisations est compensé par le surplus cumulé et ne nécessite pas de plan d'équilibre budgétaire.

Selon les résultats cumulés présentés au rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2019, l'établissement a respecté cette obligation légale.

Les contrats de service

Contrats de service de plus de 25 000 \$ Pour la période du 1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019		
Contrats	Nombre de contrats	Valeur (incluant les options)
Contrats de service avec une personne physique ¹	5	426 727 \$
Contrats de service avec un contractant autres qu'une personne physique ²	117	20 365 849 \$
Total des contrats de service	122	20 792 576 \$

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

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

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » : **R** : Réserve **O** : Observation **C** : Commentaire

Colonnes 5, 6 et 7 « État de la problématique » : **R** : Régulé **PR** : Partiellement réglé

NR : Non réglé

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Contrat de location Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2009-2010	R	En attente d'une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Par ailleurs, le MSSS a mentionné qu'il prévoyait réactiver la démarche permettant de régulariser la réserve à l'égard des contrats de location d'immeubles conclus avec la SQI. Toutefois, cette réserve n'a pas d'incidence sur la fidélité des états financiers du gouvernement.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure						
6830 – Imagerie médicale Selon l'annexe G de la circulaire codifiée 03.04.01.01, les procédures effectuées par un médecin sans assistance du technologue ne peuvent faire l'objet d'un décompte d'unités.	2013-2014	R				X

Nous avons constaté que des unités de mesure étaient compilées en l'absence d'un technologue. L'établissement n'a pas été en mesure de déterminer le nombre de procédures ainsi décomptées.						
5203 – Mécanismes d'accès Le système de compilation des unités de mesure du centre d'activités - 5203 mécanismes d'accès ne permet pas de compiler les demandes d'accès refusées ou annulées tel qu'exigé par le Manuel de gestion financière.	2011-2012	R	Le progiciel fourni par le Fonds des ressources informationnelles (anciennement Sogique) ne permet pas la compilation de ces unités de mesure. Le DGTI attend plus de directives de la part du MSSS concernant le mécanisme d'accès avant d'ajuster ses requêtes.			X
7644 – Hygiène et salubrité – Tâches opérationnelles L'établissement n'a pas été en mesure de fournir les pièces justificatives supportant le calcul des mètres carrés pour le centre d'activités 7644.	2016-2017	R	La Direction des services techniques a été sensibilisée, des travaux ont été réalisés en 2018-2019 et se poursuivront au cours de l'exercice 2019-2020.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Stocks de fournitures médicales et chirurgicales L'établissement n'a pas comptabilisé de façon rétroactive un inventaire auparavant non décompté. L'établissement a comptabilisé l'ajustement de l'inventaire du 31 mars 2018 au montant estimé de 559 000 \$ en diminution des dépenses de l'année en cours plutôt qu'à titre de redressement aux exercices antérieurs dans le solde de fonds.	2018-2019	C	La capitalisation du montant en inventaire a été enregistrée au cours de l'exercice 2018-2019.			X

Le Transfert inc. L'établissement n'a pas consolidé l'organisme Le Transfert inc. Les documents comptables de l'organisme au 31 mars 2019 indiquent que si les états financiers de celui-ci avaient été intégrés au rapport financier annuel de l'établissement, l'actif aurait été supérieur de 2 342 682 \$, le passif aurait été supérieur de 173 301 \$, les revenus auraient été supérieurs de 325 795 \$, les dépenses auraient été supérieures de 234 742 \$ et le surplus aurait été supérieur de 2 078 328 \$.	2017-2018	C	Le CISSS de Lanaudière étant en attente d'une décision administrative soumise au MSSS, nous avons convenu d'attendre pour la consolidation des états financiers de l'organisme Le Transfert inc. à nos états financiers.			X
--	-----------	---	--	--	--	---

10. La divulgation des actes répréhensibles

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

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

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

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

11. Les organismes communautaires

En 2018-2019, le CISSS de Lanaudière a financé 186 organismes communautaires (OC) en santé et services sociaux dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), dont le budget a représenté près de 27,4 M\$.

En cours d'année, le MSSS y a injecté en mission globale un développement budgétaire de 17 M\$ pour l'ensemble des régions du Québec. Ainsi, une somme de 928 700 \$ pour Lanaudière a permis de financer 1 OC reconnu en attente d'un premier financement à la mission globale et d'en rehausser 96 autres supplémentaires.

Par ailleurs, les travaux du comité bipartite Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière (TROCL) - CISSS ont principalement porté sur l'exercice de répartition du rehaussement cité ci-dessus ainsi que la mise à jour du cadre de gestion du programme.

En ce qui a trait à la reddition de comptes auprès des OC, les procédures du PSOC prévoient qu'un message courriel annuel est transmis à tous les OC reconnus afin de leur rappeler que le CISSS doit avoir reçu leurs documents de reddition de comptes dans les 3 mois suivant la date de fin de leur exercice financier. Le document ministériel de référence concernant la reddition de comptes requise y est joint.

Aussi, dans les 4 mois suivant la réception de leurs documents de reddition de comptes, chaque OC reçoit une lettre de rétroaction. Celle-ci est adressée au président de l'organisme l'informant, s'il y a lieu, des éléments non conformes ou manquants quant à leur réception, au rapport d'activités et aux états financiers. Pour l'année suivante, l'OC est de nouveau informé de ses obligations envers la Convention de soutien financier. Toutes ces informations sont colligées et transmises au MSSS au besoin.

Organisme	2018-2019	2017-2018
Action famille Lanoraie	3 448 \$	3 393 \$
Action famille Lavaltrie	3 448 \$	3 394 \$
Ailes de l'espoir de St-Calixte	30 505 \$	30 025 \$
Albatros Lanaudière	29 415 \$	28 952 \$
Amandiers	273 886 \$	269 573 \$
Amis de la déficience intellectuelle, Rive-Nord	240 070 \$	231 184 \$
Amis de Lamater	103 906 \$	90 810 \$
Association Carrefour Famille Montcalm	228 954 \$	183 518 \$
Association de parents d'enfant trisomique-21 Lanaudière	106 773 \$	97 535 \$
Association de parents PANDA Matawinie	47 828 \$	35 388 \$
Association de parents PANDA MRC Les Moulins	48 757 \$	47 989 \$
Association des devenus sourds et des malentendants du Québec - Secteur des MRC de L'Assomption et Les Moulins (ADSMQ)	32 910 \$	32 392 \$
Association des personnes handicapées de Brandon	102 765 \$	92 143 \$
Association des personnes handicapées de St-Michel-des-Saints et St-Zénon	41 000 \$	32 077 \$
Association des personnes handicapées Matawinie (APHM)	228 898 \$	354 200 \$

Organisme	2018-2019	2017-2018
Association des personnes handicapées physiques et sensorielles secteur Joliette (APHPs)	136 002 \$	122 066 \$
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord	185 954 \$	172 795 \$
Association des personnes handicapées - secteur Berthier	215 109 \$	198 036 \$
Association des sourds de Lanaudière	61 508 \$	55 618 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (Montréal) (AQEPA)	4 651 \$	4 578 \$
Association Handami pour personnes handicapées et leur famille	101 467 \$	81 966 \$
Association pour les jeunes de la rue de Joliette	146 026 \$	138 707 \$
Association régionale de la fibromyalgie de Lanaudière	24 675 \$	7 000 \$
Association sclérose en plaques de Lanaudière	78 632 \$	70 103 \$
Association Un cœur pour tous Lanaudière	24 675 \$	26 286 \$
Ateliers éducatifs Les Petits Mousses	104 832 \$	95 375 \$
Avec des Elles	198 223 \$	195 101 \$
Bonheurs des aînés de Lanaudière	41 000 \$	27 546 \$
Bonne étoile Joliette	150 167 \$	137 272 \$
Café de rue Terrebonne	28 062 \$	27 620 \$
CALACS Coup de cœur	269 391 \$	265 149 \$
CALACS La Chrysalide	244 806 \$	240 951 \$
Cancer-Aide Lanaudière	24 122 \$	23 742 \$
Carrefour Émilie de Lanoraie	35 000 \$	27 343 \$
Carrefour familial des Moulins	3 449 \$	3 395 \$
Centre Arc-en-ci-Elle	198 219 \$	195 097 \$
Centre Au Cœur des Femmes	198 513 \$	195 387 \$
Centre d'action bénévole Brandon	131 647 \$	103 975 \$
Centre d'action bénévole communautaire Matawinie	541 956 \$	489 678 \$
Centre d'action bénévole D'Autray	422 177 \$	393 689 \$
Centre d'action bénévole de Montcalm	443 368 \$	402 719 \$
Centre d'action bénévole Des Moulins	378 097 \$	341 051 \$
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	500 869 \$	463 321 \$
Centre de F.A.M. des Moulins	198 219 \$	195 097 \$
Centre de femmes Marie-Dupuis	204 032 \$	195 096 \$
Centre de femmes Montcalm	198 221 \$	195 099 \$
Centre de jour Jardin D'Étoiles	138 080 \$	0 \$
Centre de prévention du suicide de Lanaudière	619 432 \$	609 677 \$
Centre de ressources pour hommes du sud de Lanaudière	29 415 \$	28 952 \$
Centre d'entraide en santé mentale du secteur Brandon « Le Croissant de Lune »	85 499 \$	84 153 \$
Centre d'entraide et de dépannage de St-Zénon	22 261 \$	14 268 \$
Centre Le Diapason	374 069 \$	368 178 \$
Chaumière jeunesse de Rawdon	381 799 \$	361 868 \$

Organisme	2018-2019	2017-2018
Cible famille Brandon	14 294 \$	14 069 \$
Clef familiale St-Barthélemy	41 000 \$	28 952 \$
Club jeunesse de Lanoraie	62 119 \$	51 512 \$
Cœur aux ventres Matawinie	29 415 \$	28 952 \$
Cœur de l'il	289 191 \$	284 637 \$
Collatines de L'Épiphanie	32 685 \$	12 850 \$
Comptoir alimentaire de la Haute Matawinie	41 000 \$	28 377 \$
Comptoir alimentaire L'Essentiel de Lavaltrie	41 000 \$	28 952 \$
Corporation les enfants de ma rue	65 426 \$	59 475 \$
Corporation Répit-Dépannage de Lanaudière	245 180 \$	236 245 \$
Couleurs de la vie Lanaudière	41 000 \$	28 952 \$
Cuisines collectives de Matha	66 519 \$	56 047 \$
Cuisines collectives La Joyeuse Marmite	77 700 \$	67 099 \$
Cyber-Cible	122 379 \$	115 531 \$
Défi-Famille Matawinie	3 448 \$	3 393 \$
Défi-Intégration-Développement-Accompagnement (DIDA)	92 311 \$	84 022 \$
Défis-logis Lanaudière	88 567 \$	78 771 \$
Diabétiques de Lanaudière	41 000 \$	28 808 \$
Dysphasie Lanaudière	212 655 \$	209 306 \$
Enfance Libre Lanaudière	140 297 \$	133 032 \$
Entraide pour la déficience intellectuelle du Joliette métropolitain	313 129 \$	308 198 \$
Équijustice Lanaudière Nord (REPARS)	330 911 \$	325 700 \$
Équijustice Lanaudière Sud (L'Avenue justice alternative)	346 222 \$	340 770 \$
Fin à la faim...	41 000 \$	28 952 \$
Groupe d'entraide en santé mentale de la région Berthier/Lavaltrie « L'Envol »	93 968 \$	84 338 \$
Groupe d'entraide En toute amitié	49 846 \$	43 867 \$
Groupe d'entraide et d'amitié de Ste-Julienne	57 461 \$	44 044 \$
Groupe des montagnards de Chertsey	41 000 \$	32 817 \$
Groupe populaire d'entraide de Lavaltrie	46 502 \$	45 770 \$
Groupe populaire d'Entrelacs	41 000 \$	44 814 \$
GymnO Lanaudière	41 000 \$	27 230 \$
Habitat jeunesse Mascouche	292 104 \$	265 581 \$
Habitations Ciné des Cœurs	41 000 \$	27 945 \$
Hébergement d'urgence Lanaudière	291 105 \$	239 076 \$
Hébergement d'urgence Terrebonne	63 433 \$	35 557 \$
Inter-Femmes	198 221 \$	195 099 \$
Jardins du Méandre	75 371 \$	65 170 \$
Joujouthèque Farfouille	3 448 \$	3 393 \$
Lachenaie action jeunesse	78 661 \$	77 422 \$
L'Arche Joliette	148 743 \$	135 743 \$

Organisme	2018-2019	2017-2018
Lueur du phare de Lanaudière	353 646 \$	348 077 \$
Maison d'accueil La Traverse	788 683 \$	776 263 \$
Maison de la Famille Aux quatre vents	3 448 \$	3 393 \$
Maison de la Famille La Parenthèse	3 448 \$	3 394 \$
Maison de Parents de la Matawinie Ouest	3 448 \$	3 393 \$
Maison des aînés de Chertsey	43 082 \$	27 953 \$
Maison des jeunes Café-rencontre 12-17 du Grand Joliette	112 077 \$	103 002 \$
Maison des jeunes D.O. Ados	68 887 \$	58 487 \$
Maison des jeunes de Crabtree	56 718 \$	55 825 \$
Maison des jeunes de L'Assomption	107 121 \$	97 894 \$
Maison des jeunes de L'Épiphanie	50 491 \$	49 696 \$
Maison des jeunes de Mascouche	88 923 \$	79 138 \$
Maison des jeunes de Rawdon	61 797 \$	51 180 \$
Maison des jeunes de Repentigny	168 554 \$	157 011 \$
Maison des jeunes de St-Donat	60 652 \$	50 000 \$
Maison des jeunes de Ste-Marcelline	60 986 \$	50 344 \$
Maison des jeunes de St-Esprit-de-Montcalm	68 887 \$	58 487 \$
Maison des jeunes de St-Félix-de-Valois	48 567 \$	50 574 \$
Maison des jeunes de St-Sulpice	60 986 \$	50 344 \$
Maison des jeunes du Nord	59 572 \$	48 887 \$
Maison des jeunes La Piaule de Joliette	59 204 \$	58 272 \$
Maison des jeunes La Relève de Saint-Calixte	80 675 \$	70 089 \$
Maison des jeunes Laurentides-St-Lin	68 887 \$	58 487 \$
Maison des jeunes Le Gros orteil	79 158 \$	69 073 \$
Maison des jeunes Les Mayais	60 986 \$	50 344 \$
Maison des jeunes Place jeunesse Berthier	110 514 \$	101 391 \$
Maison des jeunes Sens unique secteur Brandon	98 613 \$	89 125 \$
Maison d'hébergement Accueil Jeunesse Lanaudière	387 682 \$	368 184 \$
Maison d'hébergement jeunesse Roland-Gauvreau	412 372 \$	400 306 \$
Maison L'intersection	63 433 \$	35 557 \$
Maison Mémoire du cœur	35 415 \$	34 857 \$
Maison Oxygène Joliette-Lanaudière	36 126 \$	35 557 \$
Maison Parent-Aïse	16 859 \$	16 594 \$
Maison Pauline Bonin	61 930 \$	51 317 \$
Maison populaire de Joliette	41 000 \$	30 839 \$
Maisons d'à côté Lanaudière	884 737 \$	794 988 \$
Manne quotidienne	56 230 \$	45 442 \$
Marraines coup de pouce	27 666 \$	27 230 \$
Mi-Zé vie	95 000 \$	87 829 \$
Moisson Lanaudière	59 940 \$	54 075 \$

Organisme	2018-2019	2017-2018
Mouvement organisé des mères solidaires (MOMS)	3 448 \$	3 393 \$
Naître et grandir avec les amies de l'allaitement	6 031 \$	5 936 \$
Néo	245 337 \$	241 473 \$
Nourri-Source - Lanaudière	41 000 \$	36 202 \$
Organisation de la communauté anglophone de Lanaudière	27 666 \$	0 \$
Orignal tatoué, café de rue	41 000 \$	30 839 \$
PANDA de la MRC L'Assomption	53 848 \$	47 989 \$
Parenfants de Mascouche	3 448 \$	3 394 \$
Parents-Unis Repentigny (Lanaudière)	261 785 \$	257 662 \$
Parrainage civique Lanaudière	143 311 \$	134 193 \$
Pas de deux	80 031 \$	78 771 \$
Pleins droits de Lanaudière	213 476 \$	210 114 \$
Popote roulante Les Moulins	36 779 \$	36 200 \$
Popote roulante Rive-Nord	29 415 \$	28 952 \$
Propulsion Lanaudière	296 558 \$	263 888 \$
Regard en Elle	818 145 \$	805 261 \$
Regroup'Elles	860 702 \$	847 148 \$
Regroupement des aidants naturels du comté de L'Assomption	41 000 \$	28 952 \$
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de Lanaudière (ROCASML)	20 000 \$	12 236 \$
Relais jeunesse de Lavaltrie	80 070 \$	70 013 \$
Répits de Gaby	403 890 \$	397 530 \$
Rescousse amicale	155 673 \$	153 221 \$
Rescousse Montcalm	129 256 \$	127 220 \$
Réseau communautaire d'aide aux alcooliques et autres toxicomanes	535 706 \$	527 270 \$
Réseau des aidants naturels D'Autray	41 550 \$	29 493 \$
Réseau des Proches Aidants Les Moulins	38 300 \$	27 477 \$
Rose Bleue : Association des personnes handicapées Les Moulins	182 947 \$	169 946 \$
Ruche de St-Damien	41 000 \$	32 809 \$
Santé à cœur D'Autray Matawinie	27 666 \$	27 230 \$
Service bénévole comté L'Assomption	480 762 \$	438 448 \$
Service d'entraide St-Lin-Laurentides	48 468 \$	36 302 \$
Service régional d'interprétariat de Lanaudière (SRIL)	134 574 \$	127 363 \$
Services amitiés L'Assomption	63 333 \$	53 648 \$
Services de crise de Lanaudière	960 226 \$	945 104 \$
Société Alzheimer de Lanaudière (SADL)	194 089 \$	185 538 \$
Société de l'autisme région de Lanaudière	376 510 \$	370 581 \$
Solidarité sociale de Rawdon	68 040 \$	62 047 \$
Soupière Joliette-Lanaudière	51 311 \$	40 372 \$
Source de vie de St-Gabriel	41 000 \$	31 298 \$

Organisme	2018-2019	2017-2018
Support aux aînés anglophones de Lanaudière	33 612 \$	27 317 \$
Table de concertation régionale des associations de personnes handicapées de Lanaudière (TCRAPHL)	2 847 \$	2 802 \$
Table des partenaires en développement social de Lanaudière (TPDSL)	30 480 \$	30 000 \$
Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière (TROCL)	204 927 \$	196 591 \$
Tournesol de la Rive-Nord	166 061 \$	154 335 \$
Travail de rue Lavaltrie	96 213 \$	94 698 \$
Travail de rue Le Trajet	143 244 \$	135 951 \$
Travail de rue Repentigny	138 287 \$	136 109 \$
Travail de rue, secteur Brandon	41 000 \$	28 952 \$
Trouvailles de Mandeville	55 212 \$	44 393 \$
Unité d'information et d'action en toxicomanie (UNIATOX)	549 153 \$	540 505 \$
Unité point de départ	42 579 \$	41 908 \$
Vaisseau d'or Des Moulins	480 061 \$	472 501 \$
Zone Ados	114 618 \$	105 621 \$
Total des subventions accordées (\$)	27 389 543 \$	25 581 089 \$
Nombre total d'organismes communautaires subventionnés	186	184

Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

**Code d'éthique et de déontologie des administrateurs
du conseil d'administration
du centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
en vertu de la
Loi sur le ministère du conseil exécutif (chapitre M-30)**

OBJET : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière en vertu de la <i>Loi sur le ministère du Conseil exécutif</i> (chapitre M-30)	
Adopté par : Conseil d'administration du CISSS de Lanaudière	Date : le 7 mars 2016 Entrée en vigueur : le 7 mars 2016 <i>Doit être révisé tous les trois ans</i>
Document (s) remplacé (s)	
Direction émettrice : Direction générale	
Responsable (s) de son application : Comité de gouvernance et d'éthique	
Destinataires : Membres du conseil d'administration	
Lieu d'application : CISSS de Lanaudière	
Document associé Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30)	
Authentifié par :  Daniel Castonguay Président-directeur général	Date : Le 23 mars 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS

Section 4 — APPLICATION

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

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

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de 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 circonstances¹.

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

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti 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

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

de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habiletés 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'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflit 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 :

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

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

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

- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Annexe I – Engagement personnel et affirmation d'office du membre du conseil d'administration

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 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 _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, 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 quelque chose que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que celle prévue 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 Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière 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 Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, dû aux faits suivants :

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 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 _____ [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 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 conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

☐ 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 conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière. [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 Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Annexe VI – Signalement d’une situation de conflit 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

31 mars 2019

Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour compléter l'offre de services



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

Québec 