

Centre de santé et de services sociaux
du Sud de Lanaudière



[Rapport annuel de gestion 2013-2014]

Adopté par le conseil d'administration le 12 juin 2014

Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière
911, montée des Pionniers
Terrebonne (Québec) J6V 2H2
www.csss.sudlanaudiere.ca

TABLE DES MATIÈRES

Mot du directeur général et de la présidente	3
Déclaration de fiabilité des données	4
Rapport de la direction	5
Présentation de l'établissement	6
MISSION	6
ORGANIGRAMME	7
FAITS SAILLANTS	8
Projets d'immobilisation	8
Développement et agrandissement du centre d'oncologie	8
Situation à l'urgence et aux soins	8
Services à l'enfance, la jeunesse et la famille	9
Les sages-femmes auprès des futures mamans	9
Soins et services aux adultes et personnes en perte d'autonomie	10
Dans la communauté	10
Électrolux : une mobilisation exceptionnelle	11
PORTRAIT DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE DU CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE	12
PROGRAMMES ET SERVICES OFFERTS	14
BILAN 2013-2014 DU PLAN STRATÉGIQUE	15
ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2013-2014	15
INFORMATIONS RELATIVES À LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	16
Agrément	16
Sécurité des soins et services	16
Comité de la gestion des risques et la sécurité des soins et services	17
Prévention des infections	17
Examen des plaintes et promotion des droits des usagers	19
Conseil d'administration	20
Comité de gouvernance et d'éthique	21
Comité de vigilance et de la qualité	22
Comité de vérification	23
Comité des ressources humaines	24
Conseil des infirmières et infirmiers	25
Conseil multidisciplinaire	26
Conseil des sages-femmes	27
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	28
Comité des usagers	30
Ressources humaines de l'établissement	32
États financiers et analyse des résultats des opérations	33
État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant	44
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	48
Annexe 1 : Tableau des résultats du plan stratégique 2013-2014	
Annexe 2 : Tableau de bord de l'entente de gestion	
Annexe 3 : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	

Mot du directeur général et de la présidente

Depuis sa création, il y a dix ans déjà, le CSSS du Sud de Lanaudière est devenu une organisation de services de santé et de services sociaux parmi les plus imposantes au Québec. Ses effectifs comptent près de 4 000 employés, 380 bénévoles ainsi que 350 médecins auxquels se joindront, d'ici 2015, quelque 35 nouveaux collègues spécialistes.

De la jeune vie de l'organisation émerge une constante : la croissance des services imposée par la démographie et l'augmentation du nombre de personnes vieillissantes, ayant pour corollaire un financement rendu complexe et commandant des choix souvent difficiles. Au nombre de ceux-ci, figure la remise en question de la vocation du point de service du CLSC Meilleur à L'Épiphanie, à l'automne 2013, motivée par un faible achalandage dans un contexte où les fonds publics doivent être utilisés de façon optimale. C'est dans cet environnement délicat que l'organisation continue de tout mettre en œuvre afin de maintenir son niveau de performance et d'accessibilité parmi les meilleures au Québec.

Déjà demain...

Parce qu'il incombe au CSSS de planifier l'avenir, un plan directeur clinique immobilier 2015-2025 a été élaboré lequel a pour but de pourvoir aux besoins de locaux afin d'assurer la dispensation des soins et des services à la population.

Quant au projet d'ajout de 155 lits de courte durée à l'hôpital Pierre-Le Gardeur, il a été inscrit, en cours d'année, au *Plan québécois d'investissement* et se retrouve à l'étape de la préparation du dossier d'opportunité; il s'agit de réviser les besoins cliniques ainsi que les options en vue de la confection du *Plan fonctionnel et technique*.

D'ici la mise en branle des chantiers, des solutions à court terme sont développées nécessitant le transfert de plusieurs services à l'extérieur de l'hôpital afin de céder la place aux activités cliniques. L'aménagement d'une unité d'hospitalisation brève pour accueillir, dans un environnement adéquat, des patients dont le séjour est inférieur à 72 heures fait partie de ces moyens pour faire face à la hausse des volumes.

La construction de deux nouveaux CHSLD privés dans le sud de Lanaudière permettra de rapprocher de leur communauté, des résidents hébergés en transition hors territoire faute de places suffisantes. Voilà un autre exemple du défi que représente l'arrimage, en temps réel, des services aux besoins de la population.

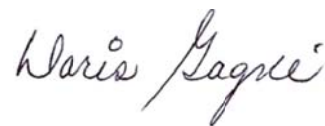
En première ligne, une transformation majeure a marqué le secteur de la santé mentale pour une clientèle adulte. Ayant pour objectif d'améliorer l'accessibilité, une révision du mode d'organisation des services en cliniques externes de psychiatrie a permis de favoriser une approche d'autogestion et de groupe. Aussi, les médecins omnipraticiens ont désormais accès à l'expertise des psychiatres du CSSS afin de les soutenir dans le traitement de leur clientèle.

Encore une fois cette année, les équipes de l'ensemble du CSSS ont été engagées dans ce développement de services en mode accéléré. Elles bénéficient de l'essentielle collaboration des médecins, de la précieuse présence des bénévoles ainsi que de l'appui de la Fondation qui insuffle à l'organisation un dynamisme et un esprit créatif rafraîchissants.

Le CSSS du Sud de Lanaudière remercie chacun de ceux et celles grâce à qui il pourra assumer encore longtemps, et pleinement, cette grande responsabilité qui est de prévenir, guérir et soutenir la communauté du sud de Lanaudière.



Benoit Valiquette
Directeur général



Doris Gagné
Présidente

Déclaration de fiabilité des données

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

A handwritten signature in blue ink, reading "Benoit Valiquette".

Benoit Valiquette
Directeur général

Rapport de la direction

Les états financiers du CSSS du Sud de Lanaudière ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les *Normes comptables canadiennes pour le secteur public* ainsi que les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

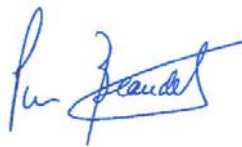
La direction du CSSS du Sud de Lanaudière reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Martin, Boulard s.e.n.c.r.l. dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Martin, Boulard s.e.n.c.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Benoit Valiquette
Directeur général



Pierre Beaudet
Directeur des ressources financières et informationnelles

Présentation de l'établissement

MISSION

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Sud de Lanaudière est un établissement public multivocationnel, responsable de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire du réseau local de services (RLS) de la région du sud de Lanaudière. Cette population comptait, en 2013, 279 045 personnes des municipalités régionales des MRC de L'Assomption et Les Moulins.

De façon plus spécifique, la mission du CSSS consiste à offrir :

- des programmes et des interventions de santé publique visant à prévenir et maintenir l'état de santé de la population;
- des services de santé et des services sociaux de première ligne;
- des services diagnostiques et des soins généraux et spécialisés de courte durée, de qualité et en quantité optimale;
- des services de psychiatrie de courte durée, dont l'hospitalisation et les services ambulatoires;
- des soins de longue durée dans des milieux de vie adaptés aux personnes présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement.

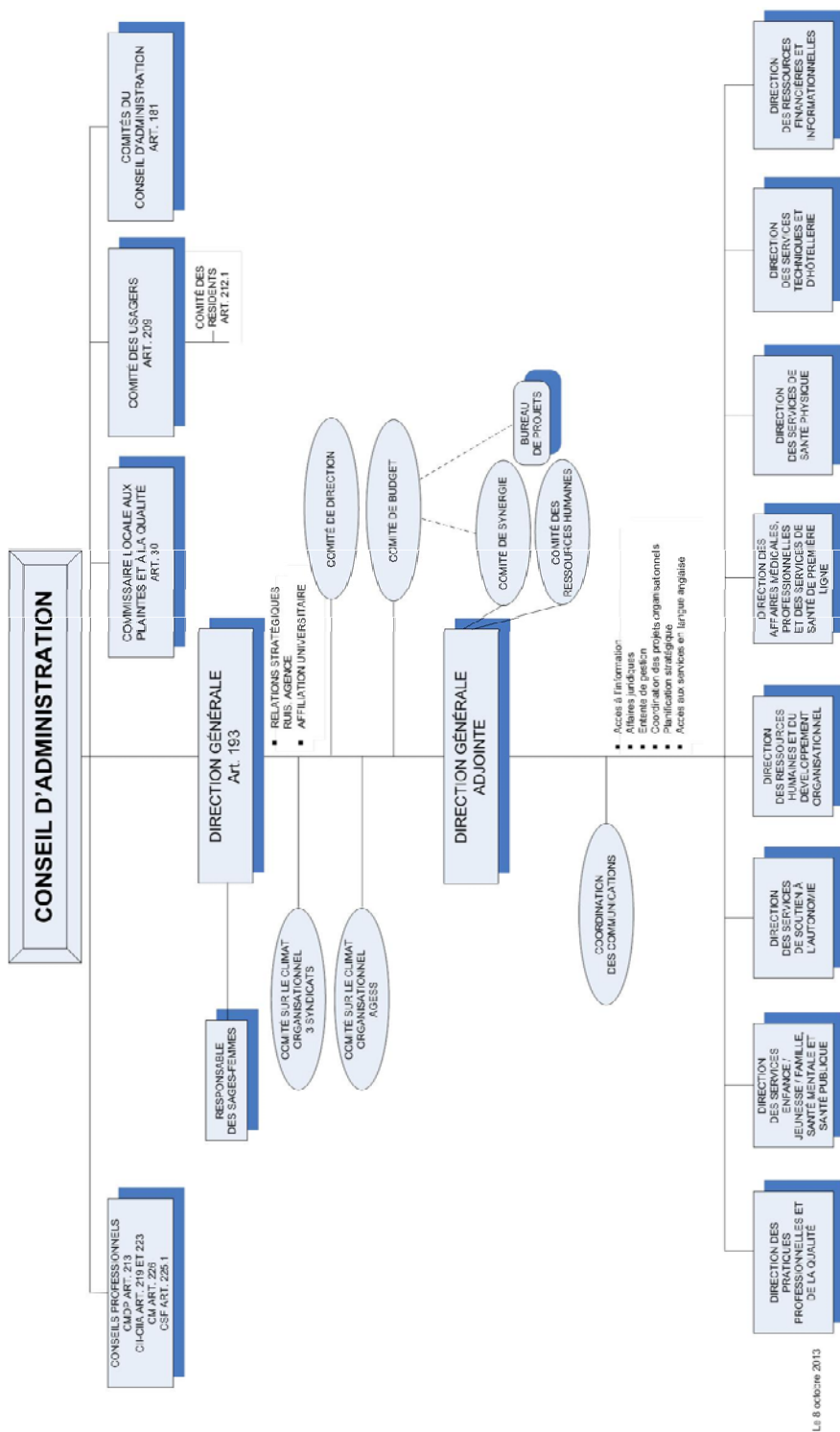
Et ayant en plus comme responsabilité régionale désignée :

- des services de dépistage des abus sexuels chez les enfants et les adultes;
- des services de néonatalogie;
- des services de sages-femmes.

Le CSSS est l'instance locale responsable de coordonner les activités et les services pour l'ensemble des partenaires du territoire du RLS. Pour ce faire, il doit convenir des liens et des ententes à établir avec les partenaires, dans une optique d'accessibilité et de continuité des soins et des services à la population.

Le CSSS du Sud de Lanaudière participe à la formation des nouveaux professionnels de la santé en fonction des moyens dont il dispose.

ORGANIGRAMME



FAITS SAILLANTS

Projets d'immobilisation

L'impact de la croissance démographique constante dans le sud de Lanaudière demeure au cœur des préoccupations du CSSS. C'est pourquoi deux dossiers de planification à long terme ont été entrepris : la préparation d'un dossier d'opportunité visant l'ajout de capacité à l'hôpital et un plan directeur clinique et immobilier 2015-2025 pour l'ensemble du CSSS.

Dans l'intervalle de la réalisation de ces projets d'envergure, l'optimisation des installations visant à mieux servir la clientèle a mobilisé énergies et ressources. L'arrivée de nouveaux médecins, dans le cadre du Plan Régional d'Effectifs Médicaux (PREM), nécessite l'ajout de plateaux techniques et de salles de consultation, entraînant une séquence de déménagements et de réaménagements sur plusieurs sites. C'est dans cette perspective que plusieurs services ont été transférés à l'extérieur de l'hôpital afin de favoriser les activités à vocation clinique. Entre autres, ces espaces libérés ont rendu possible la création d'une nouvelle unité d'hospitalisation brève et permettront, dans l'avenir, l'aménagement de cliniques externes spécialisées.

Des projets de réaménagement interne ont aussi été réalisés dans plusieurs secteurs : obstétrique, endoscopie, pneumologie, services administratifs et de soutien.

Développement et agrandissement du centre d'oncologie

La phase 1 du plan de réaménagement en oncologie visant l'ajout de deux fauteuils de traitement, de 20 places en salle d'attente et de nouveaux bureaux a été complétée. Dans la même foulée, la rénovation de la pharmacie satellite d'oncologie où s'effectue la préparation des médicaments antinéoplasiques a permis de répondre aux plus récentes normes en matière de santé et de sécurité. La phase 2 du projet de développement et d'agrandissement du centre d'oncologie figure parmi les priorités. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la Grande campagne de financement 2013-2017 de la Fondation du CSSS du Sud de Lanaudière, qui souhaite également rehausser le plateau technique de l'imagerie médicale par l'acquisition d'un Tep Scan (appareil de tomographie par émission de positrons) dont la technologie est particulièrement utile dans l'établissement du diagnostic de cancer.



Situation à l'urgence et aux soins

En 2013-2014, l'achalandage de l'urgence de l'hôpital Pierre-Le Gardeur a légèrement diminué puisqu'on y a enregistré 64 210 visites par rapport à 65 521 l'année précédente. Sur l'ensemble des visites, la clientèle transportée par ambulance a continué de croître passant de 14 977 en 2012-2013 à 15 195 cette année. Le taux d'occupation moyen de l'urgence, calculé sur le nombre de civières au permis, a diminué pour se situer à 152 % alors qu'il était de 179 % en 2012-2013.

L'absence à long terme d'une ressource en anesthésie a eu un impact sur les activités du bloc opératoire, malgré l'arrivée d'un nouvel anesthésiste au sein de l'équipe de chirurgie. Au cours de l'année, un total de 9 956 personnes ont été opérées, soit en deçà de la cible visée de 10 065 chirurgies. Il s'agit tout de même d'une hausse de 404 chirurgies, soit 4 % d'augmentation par rapport à 2012-2013.

L'ajout de plages d'examen en salles d'endoscopie a permis d'effectuer 2 288 examens de plus que l'an dernier, soit un total de 10 167, ce qui représente une augmentation de 29 %.

Le centre d'oncologie a dispensé 6 966 traitements de chimiothérapie, soit une augmentation de 11 % par rapport à l'an dernier. De plus, les patients débutant la chimiothérapie, ainsi que leurs proches, peuvent désormais participer à une classe d'enseignement visant, entre autres, à démystifier les traitements et mieux comprendre la maladie. Cette initiative a d'ailleurs valu aux infirmières de l'oncologie, le prestigieux *Prix canadien du meilleur projet en oncologie, volet enseignement aux patients/familles* de l'Association canadienne des infirmières en oncologie. Elles sont également lauréates du prix *Innovation clinique* de l'Ordre des infirmières et infirmiers Laurentides/Lanaudière et du prix *Organisation des services* de la Direction québécoise de cancérologie.

Les efforts d'attraction de nouveaux effectifs médicaux ont porté fruit avec le recrutement massif de 20 nouveaux médecins de famille qui s'établiront dans le sud de Lanaudière au cours de l'année 2014. Mentionnons également l'arrivée de sept nouveaux médecins spécialistes à l'hôpital Pierre-Le Gardeur.

Tout au cours de l'année, l'établissement a consolidé ses liens avec les médecins et les partenaires du territoire par la mise en place de la Table des responsables de Groupe de médecine de famille. L'implantation de divers mécanismes a contribué à améliorer l'accessibilité du plateau technique de l'hôpital à la clientèle référée par ces cliniques. Enfin, le comité de coordination du programme de gestion des maladies chroniques (GOMAC) et le comité d'experts des maladies cardio-métaboliques ont poursuivi leurs travaux en vue de l'implantation, à l'automne 2014, de la trajectoire de soins pour les GMF du territoire.

Services à l'enfance, la jeunesse et la famille

Avec l'arrivée de nouvelles familles, le sud de Lanaudière continue de se peupler! Le nombre de naissances survenues à l'hôpital Pierre-Le Gardeur a été de 2 782, soit une hausse de 5 % par rapport à l'an dernier où on en comptait 2 655. Cela entraîne un ajustement des services pour les visites postnatales à domicile dans les 24 à 72 heures et la vaccination des bébés.



Les sages-femmes auprès des futures mamans

Un service de sages-femmes a vu le jour au CSSS du Sud de Lanaudière. Composée d'une coordonnatrice, de six sages-femmes et d'une aide natale, l'équipe a répondu aux demandes de suivi de 122 femmes, entre septembre 2013 et mars 2014, et a réalisé quelque 50 accouchements.

En CLSC, de nouveaux services de santé ainsi que du soutien psychosocial et psychologique ont été offerts auprès des parents ayant adopté ou en processus d'adoption d'un enfant né au Québec ou dans un autre pays.

L'ouverture du Pavillon Desrosiers-Langlois, en mai 2013, a été l'un des événements marquants. Les enfants de la région et leurs parents ont pu bénéficier de services dans un environnement chaleureux; plus de 3 000 visites en suivi général et en cliniques spécialisées ont été réalisées. Mentionnons qu'une clinique d'asthme pédiatrique est maintenant ouverte sur une base régulière dans ces nouveaux locaux afin d'aider les enfants asthmatiques à mieux maîtriser leur maladie.

La Caravane Santé Jeunesse, véhicule récréatif transformé en clinique dentaire, a permis d'effectuer des agents de scellements dentaires à plus de 750 enfants de 2^e année des écoles de la région. Le véhicule est aussi utilisé en période estivale pour promouvoir les saines habitudes de vie auprès des jeunes des camps de jour.

Les infirmières jeunesse, en collaboration avec les écoles, ont animé les activités sur la thématique de l'éducation à la sexualité pour tous les jeunes de 6^e année du primaire et de 3^e secondaire ainsi que sur les saines habitudes de vie pour les élèves de 3^e année du primaire. Plus de 6 300 jeunes ont ainsi été sensibilisés.

Avec ses partenaires de la région, le CSSS a débuté l'implantation du programme régional d'intervention en négligence « Tout un village ». Des familles ont été identifiées afin d'intégrer ce programme visant à prévenir la négligence.

Soins et services aux adultes et personnes en perte d'autonomie

Les services de santé mentale pour la clientèle adulte ont connu une transformation majeure dans le but de permettre un virage vers la première ligne, de dispenser une variété de services favorisant davantage une approche d'autogestion et de groupe et d'offrir l'expertise d'un psychiatre-répondant aux médecins omnipraticiens du territoire. Ceux-ci peuvent contacter un psychiatre par téléphone pour répondre à leurs interrogations.

Une réorganisation a également été amorcée au sein des cliniques externes de psychiatrie où on débute progressivement des services adaptés aux personnes ayant un premier épisode psychotique.

D'importants travaux ont mobilisé les équipes du soutien à l'autonomie dans le cadre de la planification sécuritaire du transfert des clientèles hébergées en transition vers deux CHSLD privés dont l'ouverture est prévue au printemps 2014.

En 2013-2014, le soutien à domicile a poursuivi l'optimisation de ses services en offrant plus de 240 000 interventions à plus de 8 000 usagers. Cela représente une hausse de 4 % du nombre d'usagers et de 10 % du nombre d'interventions. Aussi, l'offre de suivi intensif à domicile rejoint désormais 25 % plus d'usagers.

Le premier volet de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier est complété dans tous les secteurs de l'hôpital et les critères de référence vers les professionnels ont été élaborés. L'AAPA vise à transformer les approches auprès de la personne âgée hospitalisée afin de prévenir la détérioration de son autonomie et voir à son retour à domicile.



Une réorganisation du travail et une révision des critères d'admission permettront à l'Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) d'accueillir une clientèle dont la condition est plus complexe. L'objectif de l'UTRF demeure de favoriser le retour à domicile de la clientèle. L'Unité a accueilli plus de 400 personnes dont 82 % ont pu réintégrer leur domicile. La durée moyenne du séjour était de 36,7 jours.

Dans la communauté

À titre de partenaire signataire, le CSSS du Sud de Lanaudière a contribué au projet Symphonie du Boisé de la MRC Les Moulins offrant à de jeunes parents, ou à des mères monoparentales, l'occasion de bénéficier d'un logement à moindre coût tout en poursuivant leur projet de vie.

Le COMPA, comité de prévention envers les abus aux personnes aînées ou en situation de vulnérabilité de la MRC de L'Assomption, s'est vu décerner un prix pour son excellence en matière de liens de partenariat par le réseau provincial des centres d'aide aux victimes d'actes criminels du Québec. Le service de l'organisation communautaire, ainsi que des gestionnaires du soutien à l'autonomie du CSSS, participent à ce projet auquel sont aussi associés divers organismes communautaires et publics, les services policiers et des institutions financières.

Électrolux : une mobilisation exceptionnelle

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a attribué le prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux 2013 catégorie *Partenariat* au CSSS du Sud de Lanaudière et à ses partenaires pour l'exceptionnelle mobilisation en lien avec la fermeture de l'usine Electrolux de L'Assomption. L'attribution de ce prix était assortie d'une bourse de 25 000 \$ qui sera dédiée aux activités d'aide aux travailleurs mis à pied.



PORTRAIT DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE¹ DU CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE

Le territoire du CSSS du Sud de Lanaudière couvre une superficie de 517 kilomètres carrés². Il regroupe huit municipalités réparties dans deux municipalités régionales de comté : L'Assomption et Les Moulins.

Sa population compte 279 045 personnes en 2013³. Elle représente 57 % de celle de Lanaudière. En 2020, elle pourrait se chiffrer à près de 312 000 individus⁴. Cet accroissement anticipé de la population du territoire devrait être quatre fois plus élevé que celui du Québec (12 % contre 3,3 %). Le territoire se caractérise par la jeunesse de ses résidents : 22 % sont âgés de moins de 18 ans et 13 % ont 65 ans et plus (19 % et 17 % au Québec, respectivement). Les prochaines années seront toutefois marquées par un vieillissement important de sa population. Entre 2013 et 2020, le nombre d'aînés devrait s'accroître de plus de 13 300 (+38 %) pour atteindre 15 % de la population du territoire.

L'espérance de vie à la naissance des résidents du territoire se situe à 82,9 ans pour les femmes et à 79,9 ans pour les hommes en 2008-2010⁵. La longévité des hommes est supérieure à celle des Québécois, alors que celle des femmes est inférieure à ce qu'on observe pour les Québécoises.

Même si une forte majorité de la population de 15 ans et plus du territoire juge positivement son état de santé global (91 % en 2008)⁶, une part appréciable est affectée par au moins un problème de santé chronique. Les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil respiratoire sont, chez les femmes et les hommes, les principales causes d'hospitalisation et de mortalité. Avec 41 % des décès en 2008-2010, les cancers constituent la principale cause de mortalité chez les femmes. Les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil respiratoire sont respectivement associées à 21 % et 8,7 % des décès chez les résidentes du territoire. Les femmes du territoire présentent une mortalité plus élevée que celle des Québécoises pour les cancers et, plus particulièrement, celui du poumon. En revanche, elles profitent d'une mortalité moindre pour les maladies cardiovasculaires et, plus spécifiquement, les cardiopathies ischémiques⁷.

Les cancers représentent aussi la cause prédominante de mortalité chez les hommes du territoire avec 42 % des décès. Les maladies cardiovasculaires sont la cause de 22 % des décès, tandis que les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 8,6 % des décès. Comparativement au Québec, les hommes bénéficient d'une mortalité moindre par maladies cardiovasculaires et, plus particulièrement, par cardiopathie ischémique⁸.

La mortalité infantile du territoire demeure faible avec 3 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2008-2010. Ce bilan positif est toutefois terni par le maintien de proportions élevées de bébés nés avant la 37^e semaine de gestation ou pesant moins de 2 500 grammes à la naissance (respectivement 7,5 % et 5,6 % en 2009-2011)⁹.

En 2008-2010, les femmes et les hommes du territoire du CSSS du Sud de Lanaudière affichent une mortalité par traumatismes moindre comparée au Québec¹⁰.

¹ Texte rédigé par le Service de surveillance, recherche et évaluation, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux, avril 2014.

² STATISTIQUE CANADA. *Recensement de la population de 2011*.

³ STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2014. (estimations tirées du SYLIA en avril 2014 : www.agencelanaudiere.qc.ca/sylia)

⁴ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives démographiques des MRC du Québec : 2006-2031*, décembre 2009.

⁵ INSPQ, Infocentre de santé publique. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 avril 2014.

⁶ MARQUIS, Geneviève, et Josée PAYETTE. *Un aperçu des indicateurs de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, mars 2011, 109 pages.

⁷ INSPQ, Infocentre de santé publique. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 avril 2014.

⁸ INSPQ, Infocentre de santé publique. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 avril 2014.

⁹ INSPQ, Infocentre de santé publique. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 avril 2014.

¹⁰ INSPQ, Infocentre de santé publique. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 avril 2014.

Le bilan socioéconomique du territoire est favorable comparativement à celui du Québec. En 2010, la proportion de familles vivant sous le seuil de faible revenu après impôt est plus faible¹¹ et le taux d'emploi est plus élevé qu'au Québec. Les revenus moyens des particuliers et des familles sont également plus élevés en 2006 que ceux du Québec. Le territoire compte une proportion à peu près équivalente de personnes de 25-64 ans sans certificat, diplôme ou grade scolaire, mais il possède un pourcentage moindre de diplômés universitaires¹².

POPULATION			
	2013	2020	Variation 2013-2020
Les Moulins	155 551	177 922	14,4 %
L'Assomption	123 494	133 940	8,5 %
Lanaudière-Sud	279 045	311 862	11,8 %
Lanaudière	488 927	540 104	10,5 %

¹¹ STATISTIQUE CANADA. Compilation : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Service des statistiques sectorielles et du développement durable, juillet 2013. (site Web consulté en juillet 2013 : www.stat.gouv.qc.ca)

¹² STATISTIQUE CANADA. *Recensement canadien de 2006*, données-échantillon (20 %), fichier 94-579-XCB2006001.ivt et STATISTIQUE CANADA. *Enquête nationale sur les ménages 2011*.

PROGRAMMES ET SERVICES OFFERTS

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE	SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES
■ Centre d'abandon du tabac ■ Centre d'enseignement sur l'asthme ■ Centre de prélèvements ■ Clinique ambulatoire ■ Clinique de dépistage anonyme du VIH ■ Clinique d'interruption volontaire de grossesse ■ Clinique ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang) ■ Clinique de vaccination ■ Consultation médicale ■ Intervention communautaire ■ Intervention en situation de crise pour les jeunes et leur famille ■ Prévention et promotion de la santé ■ Programme autogestion de la maladie chronique ■ Programme <i>Choisir de maigrir</i> ■ Programme de saines habitudes de vie ■ Santé scolaire et clinique des jeunes ■ Services à la petite enfance et à la famille ■ Service de nutrition ■ Services dentaires préventifs ■ Service d'évaluation et d'accompagnement des familles d'enfants présentant des retards de développement ou un DI-TED-DP ■ Soins infirmiers ■ Services psychosociaux et de santé mentale (jeunesse et adulte)	■ Allergologie pédiatrie ■ Anatomo-pathologie ■ Anesthésie-réanimation ■ Biochimie médicale ■ Cardiologie ■ Chirurgie générale ■ Chirurgie maxillo-faciale ■ Chirurgie plastique ■ Chirurgie thoracique ■ Chirurgie vasculaire ■ Dermatologie ■ Gastro-entérologie ■ Gynécologie-obstétrique ■ Hémato-oncologie ■ Maladies infectieuses ■ Médecine interne ■ Microbiologie médicale et infectiologie ■ Neurologie ■ Pédiatrie ■ Pneumologie ■ Psychiatrie ■ Médecine nucléaire ■ Néphrologie ■ Ophtalmologie ■ Orthopédie ■ Oto-rhino-laryngologie ■ Radiologie diagnostique ■ Urologie
MANDATS RÉGIONAUX ■ Centre désigné pour victimes d'agressions sexuelles ■ Néonatalogie ■ Services de sages-femmes	

SERVICES POUR LA CLIENTÈLE EN PERTE D'AUTONOMIE TEMPORAIRE OU PERMANENTE	CLINIQUES SPÉCIALISÉES EN MILIEU HOSPITALIER
■ Programme de prévention des chutes ■ Service d'adaptation du domicile ■ Services d'assistance ■ Services en centre de jour ■ Services médicaux ■ Services d'organisation communautaire ■ Services de réadaptation, de nutrition et d'inhalothérapie ■ Services en soins infirmiers ■ Services psychosociaux ■ Services de répit	■ CIGA (clinique d'investigation gériatrique ambulatoire) ■ Clinique de santé du sein ■ Clinique ambulatoire natalité ■ Clinique pédiatrique générale et spécialisée ■ CRÉDEL (clinique régionale d'évaluation du développement de l'enfant de Lanaudière) ■ Diabète ■ Dysphagie ■ Insuffisance cardiaque ■ MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) ■ Oncologie ■ Soins palliatifs ■ Suppléance rénale ■ Unité néonatale

L'hôpital Pierre-Le Gardeur est un centre désigné en traumatologie de niveau secondaire et en oncologie multidisciplinaire. Il est aussi l'un des 20 établissements désignés comme responsable d'une banque de sang.

Résultats au regard du plan stratégique et de l'entente de gestion et d'imputabilité

BILAN 2013-2014 DU PLAN STRATÉGIQUE

Cette section fait état des résultats atteints en 2013-2014 au regard des objectifs du *Plan stratégique 2012-2015* du CSSS du Sud de Lanaudière. Ces résultats sont présentés en fonction des sept enjeux du *Plan stratégique* à l'annexe 1, soit :

- l'accessibilité aux services distribuée aux deux pôles de la vie,
- la prépondérance des services de première ligne dans une perspective de hiérarchisation des services,
- la sécurité et la qualité des soins et services,
- un milieu de travail valorisant la réalisation professionnelle,
- le travail en réseau,
- l'alignement organisationnel et la dynamique de gestion,
- un niveau de ressources adéquat pour répondre à l'augmentation de la demande.

Au cours de de la dernière année, les travaux réalisés ont permis :

- de rendre accessibles des services de sage-femme aux femmes du sud de Lanaudière et des environs,
- d'accoucher plus de femmes enceintes de 32-33 semaines de grossesse au CSSSSL,
- de dispenser plus d'heures de services en soutien à domicile longue durée par les infirmières et les auxiliaires aux services de santé et services sociaux,
- d'accroître la réponse aux services en oncologie et l'accessibilité aux examens d'échographie,
- d'établir un corridor de services entre les cabinets d'omnipraticiens et les équipes de santé mentale adulte du CSSSSL,
- de déployer un programme d'intervention en négligence,
- de poursuivre l'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) et le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier,
- de diminuer le taux de chutes et les erreurs de médicaments en hébergement,
- d'agir positivement sur la présence au travail,
- de contribuer au développement des communautés des territoires des MRC de L'Assomption et Les Moulins,
- de tenir de nombreuses représentations auprès de dirigeants en vue de doter le CSSSSL des ressources nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2013-2014

L'*Entente de gestion et d'imputabilité* (EGI) est un contrat liant l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et le CSSS du Sud de Lanaudière. Ce contrat est la conclusion d'échanges ayant pour objet l'offre de service déployée sur le territoire pour répondre aux besoins de santé et de bien-être de sa population, considérant les ressources humaines et financières mises à sa disposition. L'EGI rappelle également les attentes du ministre à l'égard de l'actualisation du *Plan stratégique ministériel 2010-2015*. La version complète est disponible à l'annexe 2.

L'appréciation des résultats atteints au 31 mars 2014, révèle :

- la mise en œuvre d'activités de prévention et de protection prévues dans le Plan local d'action en santé publique (lutte contre les infections nosocomiales; programme de vaccination des enfants; interventions préventives de

groupe en milieu scolaire, de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang et en prévention des chutes);

- l'évaluation ou la réévaluation de presque tous les usagers ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC);
- une offre de service de soutien à domicile accrue par le personnel infirmier et les auxiliaires aux services de santé et services sociaux;
- pour les personnes ayant une déficience, le traitement de leur demande de services dans les délais établis;
- la poursuite de l'implantation d'un programme s'adressant aux familles négligentes ayant des enfants de 0 à 12 ans;
- l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de 1^{re} ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique;
- l'accès à un plus grand nombre de personnes nécessitant des services de santé mentale de 1^{re} ligne;
- une réduction de la durée moyenne des séjours des personnes sur civière à l'urgence ainsi que des séjours de 48 heures et plus, comparativement à l'année précédente;
- un plus grand nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile;
- une plus grande proportion de personnes ayant accès aux services d'imagerie médicale dans les délais prescrits;
- une réduction du temps travaillé en heures supplémentaires ainsi qu'une diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante.

INFORMATIONS RELATIVES À LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Agrément

La poursuite et le maintien de la conformité des normes d'excellence d'Agrément Canada demeurent un défi et une priorité quotidienne dans les soins et services offerts à la clientèle.

En marge des actions visant la pérennité des standards de qualité déjà mis en place, des activités préparatoires ont été initiées en vue de la visite de l'organisme d'accréditation conjointe prévue en décembre 2014. Les normes applicables aux services ont été sélectionnées et 26 équipes d'amélioration sont à l'œuvre. Des questionnaires d'autoévaluation, découlant des cahiers de normes, ont été remplis par les membres des secteurs visés.

Sécurité des soins et services

La consolidation d'une culture de sécurité passe, notamment, par la promotion continue de la déclaration et de la divulgation des incidents et accidents survenus lors d'un épisode de soins. Un tableau de bord a été créé afin d'assurer un meilleur suivi par secteur d'activités.

Des formations sur la déclaration informatisée des incidents et accidents ont été offertes au nouveau personnel infirmier en centre d'hébergement.

Le formulaire révisé AH-223-1 du ministère de la Santé et des Services sociaux a également fait l'objet de séances d'information auprès de l'ensemble des intervenants. Ce fut une occasion de rappeler l'importance de la déclaration dans le processus menant à la mise en place de mesures de prévention de la récurrence des événements indésirables. Enfin, le règlement numéro 10 et la politique sur la divulgation d'un accident à un usager, ont été révisés et diffusés auprès de différentes instances.

Comité de la gestion des risques et la sécurité des soins et services

Pendant l'année 2013-2014, le comité de gestion des risques a tenu cinq rencontres.

Voici les principaux sujets traités :

- le registre des déclarations des incidents et accidents;
- le suivi des événements transfusionnels;
- la prévention des infections;
- le suivi des événements sentinelles;
- les recommandations des rapports du coroner;
- la gestion des alertes et les rappels;
- le plan d'action proposé pour réduire les accidents liés à l'administration des médicaments;
- les recommandations pour diminuer les chutes en ressources intermédiaires.

Les principaux événements mis en évidence par les déclarations des incidents-accidents sont :

- chutes	2 575	(36 % du nombre total des événements)
- erreurs de médicaments	2 221	(31 % du nombre total des événements)

Des indicateurs de suivi ont été mis en place pour permettre de dresser un portrait global des événements :

Chutes	Taux 2013-2014
En hébergement par 1 000 jours présence	6,67
En milieu hospitalier par 1 000 jours présence	7,88
En à l'urgence par 1 000 visites	2,26

Erreurs de médicaments	Taux 2013-2014
En hébergement par 1 000 jours présence	3,00
En milieu hospitalier par 1 000 jours présence	9,87
À l'urgence par 1000 visites	4,66

Des recommandations ont été présentées au comité de gestion des risques ainsi qu'aux instances concernées à la suite aux événements ayant fait l'objet d'une analyse approfondie en fonction des facteurs contributifs. Des plans d'action ont été élaborés pour la mise en place de diverses mesures de prévention.

Le comité de gestion des risques a assuré le suivi du plan d'action relativement aux recommandations formulées à l'échelle du Québec.

Prévention des infections

Le service de prévention des infections a comme mandat de surveiller et contrôler les infections nosocomiales et les bactéries multi résistantes. Voici le bilan annuel de cette surveillance :

- **Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthiciline (SARM)**
Le taux d'incidence est de 0,2/10 000 jours présences; le taux a légèrement augmenté comparativement à 2012-2013, alors qu'il était à 0.

- **Clostridium Difficile**

Le taux d'incidence est 2/10 000 jours présences; le taux a augmenté comparativement à l'année 2012-2013. Ce taux était de 0,8. La moyenne provinciale est de 7,1.

- **Entérocoques Résistants à la Vancomycine (ERV)**

Le taux d'incidence est de 0/10 000 jours présences; aucune infection n'est survenue durant l'année comparativement à 1 en 2012-2013 et ce, malgré le fait que la surveillance ait démontré que plusieurs patients étaient colonisés.

- **Bactériémies**

Le taux d'incidence a augmenté à 4,9/1 000 jours présences comparativement à 3 en 2012-2013. Un plan d'action est mis en place afin de diminuer ce type d'infection.

- **Gastroentérite**

Trois éclosions ont été déclarées à la santé publique; elles sont toutes survenues à l'hôpital et aucune en hébergement. L'année 2012-2013 avait été marquée par cinq éclosions.

- **Syndrome d'allure grippal (SAG)**

Quatre éclosions ont été déclarées à la Direction de la santé publique mais une seule était reliée au virus de l'influenza B, toutes les autres étant attribuées à un autre virus respiratoire. Aucune éclosion SAG ne s'est produite à l'hôpital.

- **Plan de gestion des éclosions**

Le conseil d'administration a adopté, en mars 2014, le *Plan de gestion lors d'éclosion de l'influenza et de gastroentérite*. Ce plan vise essentiellement à maintenir l'accessibilité aux soins malgré la présence d'une éclosion. Cette démarche a permis au service de prévention des infections de mettre en place des processus formels assurant la sécurité des usagers.

Examen des plaintes et promotion des droits des usagers

Les tableaux suivants permettent d'avoir un bref aperçu de l'évolution du nombre de plaintes reçues et du niveau de traitement durant l'année.

TABEAU 1 RÉPARTITION DES PLAINTES SELON LA NATURE

	PLAINTES		INTERVENTION	ASSISTANCE	CONSULTATION
	Commissaire	Médicale			
2013-2014	301	47	35	405	41
2012-2013	249	68	64	332	1

TABEAU 2 COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

2013-2014	2012-2013	2011-2012	
18	12	25	Plaintes en début d'exercice
301	249	147	Plaintes reçues durant l'exercice
296	243	156	Plaintes conclues durant l'exercice
23	18	16	Plaintes en traitement à la fin de l'exercice
22	17	17	Plaintes transmises au 2 ^e palier

TABEAU 3 MÉDECIN EXAMINATEUR

2013-2014	2012-2013	2011-2012	
13	5	4	Plaintes en début d'exercice
47	68	25	Plaintes reçues durant l'exercice
55	60	23	Plaintes conclues durant l'exercice
5	13	6	Plaintes en traitement à la fin de l'exercice
4	7	4	Plaintes transmises au 2 ^e palier

TABEAU 4 OBJETS DE PLAINTES

2013-2014		OBJETS DE PLAINTES
Commissaire	Médecin examinateur	
26 %	15 %	Accessibilité
26 %	52 %	Soins et services dispensés
15 %	17 %	Relations interpersonnelles
12 %	0 %	Organisation du milieu et ressources matérielles
11 %	2 %	Aspects financiers
10 %	14 %	Autres droits

Remerciements

Plus d'une trentaine de lettres d'appréciation ont été acheminées au service des plaintes au cours de l'exercice. Le rapport annuel de l'examen des plaintes et la procédure d'examen seront disponibles sur le site web www.csss.sudlanaudiere.ca ainsi qu'après de la direction générale du CSSS du Sud de Lanaudière à l'automne 2014.

Conseil d'administration

Le conseil d'administration, au 31 mars 2014, était composé des personnes suivantes :



Guillaume Beaupré



Marco Cartier



Sébastien Chayer



Francine Demers



Rénaud Dumais



**Thérèse Fafard
Normand**



**Doris Gagné,
présidente**



Anne Goubayon



Diane Lambert



Nicole Langevin



Diane Larue



Chantal Leblanc



Ginette Parisé



**Sylvain Perreault,
vice-président**



Simon Poitras



Michel Racette



**Marguerite St-Gelais
Hallé**



**Benoît Valiquette,
secrétaire et directeur
général**

Les personnes suivantes ont quitté au cours de la dernière année : Zeni Andrade, Robert Dufour, Claire Messier et Julien Tremblay.

Comité de gouvernance et d'éthique

Zéni Andrade
Dr Sébastien Chayer*
Doris Gagné, *présidente*
Diane Lambert
Marguerite St-Gelais Hallé
Benoit Valiquette, *directeur général*

*Le 3 décembre 2013, Zéni Andrade a démissionné et a été remplacé par Dr Sébastien Chayer le 11 mars 2014.

Le comité de gouvernance et d'éthique a tenu cinq rencontres au cours de l'année.

Faits saillants

Adoption du cadre réglementaire lié à l'éthique des activités de recherche et mise à jour de plusieurs règlements et d'une politique :

- règlement de régie interne du CA;
- règlement sur les conflits d'intérêts des cadres, du personnel et des professionnels;
- règlement concernant l'institution d'un comité des usagers et des comités des résidents;
- règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers;
- cadre conceptuel en matière d'éthique;
- politique de sécurité des actifs informationnels du CSSS du Sud de Lanaudière.

Révision et/ou abrogation de plusieurs autres règlements et d'une politique :

- règlement relatif au délai accordé au médecin ou au dentiste traitant pour compléter le dossier d'un usager après les derniers services fournis;
- règlement sur les règles de fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité;
- règlement sur la reddition de comptes au comité de vigilance et de la qualité relativement à la sécurité et la qualité des soins et services;
- règlement sur le comité de gestion des risques et de la qualité;
- règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident;
- politique relative à l'évaluation de la contribution du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- règlement sur l'exclusivité de fonctions des hors-cadres et des cadres.

Travaux en lien avec la visite d'Agrément Canada :

- élaboration d'une politique d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et proposition d'un outil d'évaluation;
- travaux sur la compilation du sondage sur les normes de gouvernance.

Élaboration d'un plan annuel de formation des membres du conseil d'administration.

Analyse de candidatures pour le remplacement des membres au conseil d'administration en fonction des profils de compétence adoptés par le conseil d'administration.

Comité de vigilance et de la qualité

Francine Demers
Thérèse Fafard Normand
Doris Gagné
Suzie Gagnon, *directrice générale adjointe*
Nicole Langevin, *présidente*
Isabelle Durocher, *commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services*
Audrey Bouchard, *directrice des pratiques professionnelles et de la qualité*

Faits saillants

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu six réunions. Il a pris connaissance des différents rapports touchant la qualité et la sécurité des services à la clientèle du CSSS du Sud de Lanaudière.

Les principaux sujets abordés au cours de la dernière année sont :

- suivi des indicateurs de la gestion des risques et de la qualité ainsi que du tableau de bord des infections nosocomiales;
- rapports périodiques de la commissaire locale aux plaintes et de la qualité des services et présentation du processus de traitement des insatisfactions et des plaintes;
- adoption des révisions des règlements portant sur le comité de gestion des risques, la procédure d'examen des plaintes des usagers, les règles de fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité;
- abrogation du règlement sur la reddition de comptes au comité de vigilance et de la qualité;
- suivi des recommandations du Protecteur du citoyen;
- suivi des recommandations des rapports des visites des inspections professionnelles de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, du Collège des médecins et de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie du Québec;
- dépôt de plusieurs documents :
 - plan d'action des suivis du rapport du vérificateur général en hébergement;
 - démarche d'évaluation de qualité des soins infirmiers en milieu d'hébergement;
 - plan d'action des suivis à la suite des recommandations du coroner concernant un type de contention;
 - analyse du processus d'administration des médicaments (AMDEC) et plan d'action concernant les erreurs de médicaments;
 - rapport sur la diminution des chutes;
 - rapport du comité d'éthique clinique;
 - travaux du code blanc en soutien à domicile;
 - processus de la démarche d'agrément;
 - politique de divulgation des accidents et incidents;
 - résultats aux sondages de satisfaction de la clientèle du secteur santé physique 2012-2013.

Comité de vérification

Marco Cartier, *président*
Guillaume Beaupré
Rénald Dumais
Claire Messier*
Nicole Langevin
Julien Tremblay*

* Le 21 janvier 2014 et le 11 mars 2014, démissions de Julien Tremblay et de Claire Messier qui ont été remplacés par Guillaume Beaupré et Nicole Langevin.

Faits saillants

Le comité de vérification du conseil d'administration a tenu cinq rencontres au cours de l'année 2013-2014. Voici les principaux sujets qui ont été traités au cours de ces rencontres :

- le suivi budgétaire périodique;
- la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre budgétaire;
- l'examen des états financiers avec l'auditeur externe;
- la vérification des dépenses de fonction et de représentation du directeur général et de la présidente du conseil d'administration;
- la vérification de la reddition de comptes au Conseil du trésor conformément à la *Loi des contrats des organismes publics*;
- le suivi du comité de la gestion des risques;
- le suivi de la performance.

Avis et recommandations

- Recommandation au conseil d'administration de l'adoption des états financiers;
- Vérification du suivi des recommandations de l'auditeur externe;
- Recommandation au conseil d'administration de l'adoption du budget annuel;
- Approbation du bilan de la sécurité des actifs informationnels;
- Approbation du plan local de sécurité civile.

Comité des ressources humaines

Sylvain Perreault, président

Chantal Leblanc

Claire Messier

Francine Demers*

Annie Du Mont, *directrice des ressources humaines et du développement organisationnel*

Suzie Gagnon, *directrice générale adjointe*

Manon Samuel, *secrétaire*

* À compter du 25 mars 2014 en remplacement de Claire Messier

Faits saillants

Le comité des ressources humaines du conseil d'administration a tenu quatre rencontres au cours de l'année. Voici les principaux sujets abordés :

- Planification de la main-d'œuvre :
 - portrait de la main-d'œuvre au 31 mars 2013;
 - plan de main-d'œuvre régional;
 - priorités et cibles organisationnelles 2014;
- conditions de travail du personnel syndicable non syndiqué;
- événement de recrutement du CSSS – printemps 2014;
- reconnaissance au sein de l'établissement;
- reconnaissance par le conseil d'administration;
- révision de la Politique pour un milieu de travail sain et respectueux afin d'y intégrer un volet sur le harcèlement psychologique;
- politique de gestion concernant les conditions de travail des gestionnaires.

Conseil des infirmières et infirmiers

Comité exécutif

Ginette Parisé, *présidente*

Ivone Aguiar Coelho, *vice-présidente*

Josée Roch, *secrétaire*

Monique Cyr, *trésorière*

Annick Larose, *conseillère*

Mélanie Ouimet, *agente de communication*

Manon Dumais, *agente de communication*

Audrey Bouchard, *directrice des pratiques professionnelles et de la qualité*

Faits saillants

Le CECII s'est doté d'une stratégie d'action visant à faciliter la coordination du traitement des différents dossiers qui lui sont soumis en cours d'année découlant de son rôle et de ses responsabilités.

Le CECII a tenu cinq rencontres au cours desquelles les sujets suivants ont été abordés :

- présentation et échanges :
 - profil de compétences infirmières
 - dossier erreurs de médicaments
 - colloque OIIQ
 - formation de la relève
 - rapport de la gestionnaire des risques
 - Loi 21;
- processus d'approbation de règles de soins et protocoles de soins;
- avis et recommandation du CECII;
- préparation de la Semaine de l'infirmière et du concours Rayonnement.

Ordonnances collectives et règles de soins

- Initier la contraception hormonale ou la contraception par stérilet;
- Initier le traitement de l'infection asymptomatique à chlamydia trachomatis ou Gonococcique;
- Initier des prélèvements chez un travailleur ayant un TCT+;
- Initier le chlorhydrate de lidocaïne en gel à 2% dans le méat urinaire.

Règles de soins

- Prévention des plaies de pression;
- Administration de médicaments d'urgence, soit l'Épinéphrine et le Glucagon par des aides-soignants;
- Administration des médicaments par des aides-soignants autres que les médicaments d'urgence et insuline.

Avis

- Algorithmes d'investigation révisés en cardiologie et gynécologie.

Présence à différents comités

- Conseil infirmière régional

Conseil multidisciplinaire

Comité exécutif

Véronique Sosa, *présidente*

Gaétan Miron, *vice-président*

Danielle Mailloux, *secrétaire*

Stéphanie Sylvain, *trésorière*

Chantale Naud, *agente de communications*

Yvon Desrochers, *administrateur*

Cathy Fournier, *administratrice*

Suzie Gagnon, *directrice générale adjointe*

L'exécutif du conseil multidisciplinaire a tenu cinq rencontres régulières et 10 rencontres en comité de travail.

Faits saillants

- Réalisation des objectifs du plan d'action 2013-2014;
- Présentation du rapport annuel au conseil d'administration;
- Participation de deux membres de l'exécutif au colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ);
- Suivi des comités de pairs;
- Tenue de l'assemblée générale annuelle du CM le 30 mai 2013 à laquelle 191 membres ont pris part;
- Organisation du Prix Excellence du conseil multidisciplinaire;
- Présentation de la candidature d'un projet réalisé au CSSS au Prix Reconnaissance de l'ACMQ;
- Dépôt, au nom du CM, d'une lettre des organisateurs communautaires au directeur général – Avis sur l'importance de maintenir une qualité de services en organisation communautaire au CSSS.

Participation des membres de l'exécutif

- Rencontre avec le coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche sur le partenariat du CSSS avec l'Université de Montréal et les enjeux en regard d'une éventuelle affiliation universitaire;
- Présentation du plan d'organisation et du nouveau modèle d'organisation des services de 1^{re} ligne « accès-santé » par la direction générale;
- Présentation, par la direction générale adjointe, des résultats au sondage de satisfaction de la clientèle de l'hôpital ainsi que du rapport du vérificateur général du Québec quant aux services à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie;
- Participation au comité de prévention des infections;
- Participation au comité de révision des formulaires.

Avis et recommandations

- Suivi auprès de la direction quant à l'avis et aux recommandations concernant les soins en hébergement (rédigé et déposé par le CM le 30 avril 2013).

Conseil des sages-femmes

Membres

Andréanne Boucher, *présidente*
Janie Lacas, *vice-présidente*
Louise-Hélène Côté, *secrétaire*
Anne Goubayon, *responsable des services*
Benoit Valiquette, *directeur général*

Le service de sages-femmes a démarré ses activités en septembre 2013.

L'assemblée de fondation du conseil des sages-femmes (CSF) du CSSS du Sud de Lanaudière s'est tenue le 20 novembre 2013. Le règlement de régie interne et la composition du comité exécutif du CSF ont été présentés et adoptés par le conseil d'administration de l'établissement le 3 décembre 2013.

Faits saillants

- Le comité exécutif a tenu deux réunions.
- Les activités du CSF se sont concentrées principalement sur le suivi de l'implantation des services, la promotion, ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre des différents outils cliniques et administratifs.
- Organisation de rencontres interéquipes :
 - équipes de première ligne en périnatalité;
 - équipes médicales;
 - formations offertes par les sages-femmes aux infirmières et aux médecins du secteur de la natalité de l'hôpital Pierre-Le Gardeur sur l'accouchement physiologique et les méthodes de soulagement non-pharmacologiques de la douleur.

Avis et recommandations

Le CSF n'a émis aucun avis ou recommandation pour l'année 2013-2014.

Une politique d'admissibilité de la clientèle a toutefois été adoptée par le comité exécutif du CSF.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Comité exécutif

Dr Michel Cimon, *directeur des affaires médicales, professionnelles et des services de santé de première ligne*

Dre Cathy Després

Françoise Dubé

Dr Hoang Duong, *président*

Dre Sylvie Forget

Dr Daniel Lesiège, *secrétaire-trésorier*

Dr Xavier Coll

Dr Harry-Max Prochette

Dre Marie-Josée Fontaine (*en remplacement de Dre Véronic Thibault*)

Faits saillants

- Le comité exécutif s'est réuni en septembre 2013 afin d'élaborer une planification stratégique pour 2013-2015 dont les trois principaux objectifs sont :
 - 1- amélioration continue de la qualité des actes;
 - 2- développement du sentiment d'appartenance des membres au CMDP;
 - 3- détermination des conditions requises pour une cogestion médico-administrative optimale.

Comité de pharmacologie

Le comité de pharmacologie s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2013-2014.

Évaluation de l'acte médical

Le comité central de l'évaluation de l'acte médical s'est réuni à deux reprises. Plusieurs recommandations médicales découlant des études ont été acheminées au comité exécutif du CMDP. Un bulletin d'information verra le jour durant la prochaine année afin de partager, à l'ensemble des médecins, les résultats et recommandations des études faites par les sous-comités.

Comité de discipline

Au cours de l'année 2013-2014, l'exécutif du CMDP a formé quatre nouveaux comités de discipline afin de traiter des dossiers de plainte. Deux autres comités ont remis leurs recommandations sur des dossiers qui avaient débuté en 2012-2013.

Comité d'examen des titres

Le comité d'examen des titres s'est réuni à deux reprises. On souligne l'arrivée de 15 nouveaux membres actifs, 7 congés de maternité et 8 démissions.

Avis et recommandations

Le CMDP a transmis la recommandation suivante à la présidente du conseil d'administration :

- la révision des règlements de tous les départements.

Le CMDP a travaillé en collaboration avec la Direction des services professionnels et affaires médicales sur :

- l'organisation des laboratoires (projet Optilab du MSSS);
- l'affiliation universitaire;
- la visite d'inspection du Collège des médecins du Québec qui a eu lieu en novembre 2013.

Comité des usagers

Membres du comité :

André Beaulieu
Hamza Beghdadi
Ghislaine Doré, *secrétaire*
Thérèse Fafard Normand
Gilbert Gagnon
Jean Henrichon
Yvon L'Abbé, *conseiller aux communications*

Diane Lambert
Yves Lapensée, *trésorier*
Marielle Lebreux, *vice-présidente*
Yolande Mandeville
Yvon Papin
Yvon Séguin
Yvon Louis Thérout, *président*

Faits saillants

Une année de consolidation

Le comité des usagers a tenu 13 rencontres au cours de l'année. Souhaitant améliorer l'efficacité de ses interventions, il a délégué plusieurs de ses membres à des colloques, congrès et autres activités de formation, en plus de recevoir les commissaires aux plaintes et le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

L'apport de nouveaux membres et la volonté du comité des usagers d'assumer pleinement ses fonctions dans l'ensemble des services ont permis des interventions mieux ciblées rejoignant l'éventail des besoins des usagers.

Le sous-comité communications a piloté l'adoption d'une politique de communication. Il a poursuivi ses démarches pour moderniser le site Web par la mise à jour de la section traitant du processus de plainte. Un mandat a été octroyé pour y ajouter un outil de sondage sur la satisfaction des usagers.

Enjeux de la communauté

Un sous-comité CLSC a été formé et s'est impliqué dans le dossier des services à maintenir pour la population de L'Épiphanie à la suite de la cessation temporaire des activités du CLSC dans ce milieu.

Le sous-comité hôpital a entrepris l'élaboration d'un plan d'action pour guider ses interventions visant la correction de lacunes observées par les usagers.

Le comité des usagers a initié une démarche ayant mené à une rencontre concertée des autorités des deux CSSS de Lanaudière et de leur comité des usagers avec des députés provinciaux afin de les sensibiliser aux besoins prioritaires de la région en matière de santé et de services sociaux.

Hébergement

Le bon fonctionnement des comités de résidents demeure une préoccupation majeure. Un comité a été mis en place au centre Alexandre-Archambault et des efforts ont été déployés, avec succès, pour accroître le nombre de membres bénévoles au sein des comités de résidents des centres d'hébergement des Deux-Rives, de L'Assomption et Claude-David.

Le projet Skype a vu le jour aux centres d'hébergement des Deux-Rives et de L'Assomption. Il permet aux résidents hébergés loin de leur famille et de leurs amis de les voir et de leur parler, et ainsi briser leur isolement social.

Avec le soutien du Regroupement provincial des comités d'usagers et de la Fédération des comités de résidents et d'usagers du Québec, une réflexion a été engagée pour clarifier les responsabilités du comité des usagers à l'égard des personnes hébergées dans les ressources intermédiaires ayant une entente de services avec le CSSS.

Participation aux comités

Le comité est représenté et participe aux comités suivants :

- conseil d'administration du CSSS du Sud de Lanaudière;
- comité de gestion des risques;
- comité de vigilance et de la qualité;
- comité de gouvernance et d'éthique.

Il assure également une présence auprès des principaux organismes communautaires de la région.

Ressources humaines de l'établissement

L'attraction et la rétention du personnel demeurent un enjeu majeur pour assurer une prestation de soins et de services de qualité et sécuritaire. Tout en poursuivant les efforts pour améliorer la présence au travail, un plan d'action a été élaboré afin de limiter le recours à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire. Un exercice de conversion des heures de remplacement en postes et un blitz de dotation des postes ont été réalisés. La démarche s'est conclue par un événement de recrutement ayant attiré plus de 500 personnes.

Le service des relations de travail a procédé au remplacement, au sein du CSSS, des employés touchés par la fermeture des places d'hébergement transitoires du centre Alexandre-Archambault et du centre multivocationnel Claude-David.

La politique Pour un milieu de travail sain et respectueux, exempt de violence et de harcèlement psychologique a été révisée et adoptée.

<i>Effectifs de l'établissement</i>	<i>Exercice courant</i>	<i>Exercice précédent</i>
Les cadres en date du 31 mars 2014		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	118	126
Temps partiel	8	6
■ Nombre de personnes : équivalent temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	4,7	3,9
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	2	2
Les employés réguliers en date du 31 mars 2014		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1546	1483
Temps partiel	1464	1436
■ Nombre de personnes : équivalent temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	933	918
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	1
Les employés occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 067 455	944 184
Équivalent temps complet (b)	584	507

Le CSSS du Sud de Lanaudière compte 345 médecins, 25 pharmaciens et 1 dentiste. Il bénéficie également du soutien de près de 380 bénévoles.

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Le nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :

Le nombre d'heures rémunérées divisé par 1826 heures.

États financiers et analyse des résultats des opérations

Rapport de l'auditeur indépendant



MARTIN, BOULARD S.E.N.C.R.L.
SOCIÉTÉ DE COMPTABLES PROFESSIONNELS AGRÉÉS

Joliette 450 759 2825
Rawdon 450 834 2545
Mtl. 450 586 6112
Télec. 450 752 1235
info@mba.qc.ca
www.martinboulard.com

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2014 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que:

- Comme exigé par le MSSS, les états financiers n'incluent pas les informations financières relatives aux immobilisations, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées.
- L'établissement a versé à des médecins une rémunération pour l'exercice de fonctions médico-administratives.
- La comptabilisation des revenus et dépenses de recherche est effectuée par chercheur et non par projet de recherche, par conséquent, l'établissement n'est pas en mesure d'identifier l'excédent des revenus sur les charges par projet de recherche et les surplus découlant des activités de recherche sont ainsi comptabilisés à titre de revenus reportés.
- Au cours de l'exercice, l'établissement a encouru un déficit alors que l'établissement a un déficit cumulé, ce qui va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux. Celle-ci mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.



Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, des déficits cumulés, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Martin, Bouland S.E.N.C.R.L.*¹

Joliette, le 12 juin 2014

¹ Maryse De Grandpré, CPA auditrice, CA



État des résultats

 Revenus	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Fonds d'exploitation	Immo-bilisations	31 mars 2014		31 mars 2013	
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	%	\$	%
Subventions Agence et MSSS	285 309 422	278 303 086		278 303 086	14 510 194	292 813 280	92,7	281 251 802	92,6
Subventions Gouvernement du Canada			102 761	102 761		102 761	0,0	102 761	0,0
Contributions des usagers	12 879 660	13 281 908		13 281 908		13 281 908	4,2	12 801 613	4,2
Ventes de services et recouvrements	1 995 462	3 189 391		3 189 391		3 189 391	1,0	2 406 207	0,8
Donations	1 000 000	2 007		2 007	373 109	375 116	0,1	309 294	0,1
Revenus de placement	20 000	1 936		1 936	7 669	9 605	0,0	30 526	0,0
Revenus de type commercial	3 770 662		3 915 870	3 915 870		3 915 870	1,2	3 432 338	1,1
Gain sur disposition				0		0	0,0	0	0,0
Autres revenus	519 200	699 210	1 548 419	2 247 629		2 247 629	0,7	3 423 555	1,1
	305 494 406	295 477 538	5 567 050	301 044 588	14 890 972	315 935 560	100,0	303 758 096	100,0
 Charges									
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	%	\$	%
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	200 109 174	202 068 855	2 401 326	204 470 181		204 470 181	64,2	199 433 962	64,4
Médicaments	13 333 537	12 077 078		12 077 078		12 077 078	3,8	10 591 180	3,4
Produits sanguins	5 131 620	5 822 211		5 822 211		5 822 211	1,7	5 587 420	1,8
Fournitures médicales et chirurgicales	12 991 673	12 922 573		12 922 573		12 922 573	4,1	11 964 415	3,9
Denrées alimentaires	2 995 335	2 853 442		2 853 442		2 853 442	0,9	2 916 230	0,9
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	9 512 979	10 255 091		10 255 091		10 255 091	3,2	8 284 691	2,7
Frais financiers	3 686 550	518 800		518 800	2 778 202	3 297 002	1,0	3 537 995	1,1
Entretien et réparations, dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	9 196 681	3 556 849		3 556 849	5 297 955	8 854 804	2,8	9 197 460	3,0
Créances douteuses	176 000	235 375		235 375		235 375	0,1	662 001	0,2
Loyer	0	12 562 439		12 562 439		12 562 439	3,9	13 489 517	4,4
Amortissement des immobilisations	8 200 000				6 849 341	6 849 341	2,2	6 967 038	2,3
Perte sur disposition d'immobilisations						0	0,0	0	0,0
Autres charges	48 353 995	36 576 620	1 736 013	38 312 633		38 312 633	12,0	36 966 319	11,9
	313 687 544	299 449 333	4 137 339	303 586 672	14 925 498	318 512 170	100,0	309 598 228	100,0
Surplus (déficit) de l'exercice	(8 193 138)	(3 971 795)	1 429 711	(2 542 084)	(34 526)	(2 576 610)	-0,8	(5 840 132)	-1,9

État des déficits cumulés

	FONDS		TOTAL	
	Fonds d'exploitation	Immo-bilisations	31 mars 2014	31 mars 2013
☒ Surplus (déficits) cumulés au début déjà établis	(13 511 814) \$	239 430 \$	(13 272 384) \$	(7 432 252) \$
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures				
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures				
☒ Surplus (déficits) cumulés au début redressés	(13 511 814) \$	239 430 \$	(13 272 384) \$	(7 432 252) \$
☒ Surplus (déficit) de l'exercice	(2 542 084) \$	(34 526) \$	(2 576 610) \$	(5 840 132) \$
Autres variations :				
Transferts interétablissements				
Transferts interfonds				
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés		XXXX		
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Total des autres variations				
☒ Surplus (déficits) cumulés à la fin	(16 053 898) \$	204 904 \$	(15 848 994) \$	(13 272 384) \$
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine externe	XXXX	XXXX		
Affectations d'origine interne	XXXX	XXXX		
Solde non affecté	XXXX	XXXX	(15 848 994)	(13 272 384)
Total	XXXX	XXXX	(15 848 994) \$	(13 272 384) \$

		Exploitation	Immobilisations	31 mars 2014	31 mars 2013
Actifs financiers					
Encaisse (découvert de banque)		(2 798 006) \$	(139 140) \$	(2 937 146) \$	(570 159) \$
Placements temporaires					
Débiteurs - Agence et MSSS		39 235 334	615 327	39 850 661	47 326 972
Autres débiteurs		4 354 973	250 673	4 605 646	3 887 932
Créances interfonds (dettes interfonds)		143 596	(143 596)	0	0
Subvention à recevoir - réforme comptable		17 980 131	39 870 387	57 850 518	52 591 003
Placements de portefeuille					
Frais reportés liés aux dettes			264 299	264 299	175 246
Autres éléments		458 356		458 356	374 732
Total des actifs financiers		59 374 384 \$	40 717 950 \$	100 092 334 \$	103 785 726 \$
Passifs					
Emprunts temporaires		28 757 777 \$	3 223 172 \$	31 980 949 \$	41 995 159 \$
Créditeurs - Agence et MSSS					
Autres créditeurs et autres charges à payer		24 569 744	2 105 882	26 675 626	26 232 681
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées		xxxx	5 645 986	5 645 986	3 317 518
Intérêts courus à payer		21 863	615 327	637 190	790 433
Revenus reportés		2 082 867	5 112 079	7 194 946	6 119 832
Dettes à long terme		xxxx	76 546 279	76 546 279	75 103 193
Passifs environnementaux		xxxx			
Passif au titre des avantages sociaux futurs		22 364 591		22 364 591	21 685 785
Autres éléments		565 092		565 092	510 719
Total des passifs		78 361 934 \$	93 248 725 \$	171 610 659 \$	175 755 320 \$
Actifs financiers nets (dette nette)		(18 987 550) \$	(52 530 775) \$	(71 518 325) \$	(71 969 594) \$
Actifs non financiers					
Immobilisations		xxxx	52 735 679 \$	52 735 679 \$	55 480 948 \$
Stocks de fournitures		1 847 536	xxxx	1 847 536	1 973 782
Frais payés d'avance		1 086 116		1 086 116	1 242 480
Total des actifs non financiers		2 933 652 \$	52 735 679 \$	55 669 331 \$	58 697 210 \$
Capital-actions et surplus d'apport					
Surplus (déficits) cumulés		(16 053 898) \$	204 904 \$	(15 848 994) \$	(13 272 384) \$
Signé au nom du conseil d'administration					
Doris Gagné Présidente du Conseil d'administration Terrebonne, le 12 juin 2014					

État de la variation de la dette nette

	Budget	Exploitation	Immobilisations	31 mars 2014	31 mars 2013
☒ Actifs financiers nets (dette nette) au début déjà établie	(71 969 594) \$	(16 728 076) \$	(55 241 518) \$	(71 969 594) \$	(66 971 444) \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures					
☒ Actifs financiers nets (dette nette) au début redressée	(71 969 594) \$	(16 728 076) \$	(55 241 518) \$	(71 969 594) \$	(66 971 444) \$
☒ Surplus (déficit) de l'exercice	\$	(2 542 084) \$	(34 526) \$	(2 576 610) \$	(5 840 132) \$
☒ Variations dues aux immobilisations					
Acquisitions	8 400 000 \$	xxxx	(4 104 072) \$	(4 104 072) \$	(6 443 163) \$
Amortissement de l'exercice	8 200 000	xxxx	6 849 341	6 849 341	6 967 038
(Gain)/Perte sur dispositions		xxxx			
Produits sur dispositions		xxxx			
Réduction de valeurs		xxxx			
☒ Total des variations dues aux immobilisations	16 600 000 \$	xxxx	2 745 269 \$	2 745 269 \$	523 875 \$
☒ Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance					
Acquisition de stocks de fournitures	30 000 \$	\$	xxxx	0 \$	(53 213)
Acquisition de frais payés d'avance		(22 319)		(22 319)	(52 408)
Utilisation de stocks de fournitures		126 246	xxxx	126 246	63 345
Utilisation de frais payés d'avance	200 000	178 683		178 683	360 383
☒ Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance	230 000 \$	282 610 \$	\$	282 610 \$	318 107 \$
Autres variations des surplus (déficits) cumulés					
☒ Augmentation (diminution) de la dette nette	16 830 000 \$	(2 259 474) \$	2 710 743 \$	451 269 \$	(4 998 150) \$
☒ Actifs financiers nets (dette nette) à la fin	(55 139 594) \$	(18 987 550) \$	(52 530 775) \$	(71 518 325) \$	(71 969 594) \$

État des flux de trésorerie

	31 mars 2014		31 mars 2013	
 Activités de fonctionnement				
Surplus (déficit)	(2 576 610)	\$	(5 840 132)	\$
Éléments sans incidence sur la trésorerie:				
Créances douteuses	235 375		662 001	
Provisions liées aux placements et garanties de prêts				
Stocks et frais payés d'avance	282 610		318 107	
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations				
Perte (Gain) sur disposition de placement				
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations				
Autres	(356 414)		(219 920)	
Amortissement des immobilisations	6 849 341		6 967 038	
Réduction de valeur des immobilisations				
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	46 976		37 498	
Amortissement de la perte(gain) de change reporté				
Amortissement de l'escompte et de la prime				
Autres				
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	7 057 888	\$	7 764 724	\$
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	11 941 992		4 869 110	
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement	16 423 270	\$	6 793 702	\$
 Activités d'investissement en immobilisations				
Immobilisations:				
Acquisitions	(4 104 072)		(6 443 163)	
Produits de disposition				
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations	(4 104 072)	\$	(6 443 163)	\$
 Activités d'investissement				
Variation des placements de portefeuilles:				
Placements effectués				
Produit de disposition et de rachat de placements				
Placements réalisés				
Variation d'autres éléments:				
Subvention à recevoir - Réforme comptable	(5 259 515)		(5 302 815)	
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisée pour les) activités d'investissement	(5 259 515)	\$	(5 302 815)	\$

 Activités de financement	31 mars 2014	31 mars 2013
Variation des dettes:		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	31 634 402 \$	11 387 203
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	(23 716 224)	(3 814 736)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(6 475 092)	(7 431 004)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme		
Capitalisation de l'escompte et de la prime	(136 029)	(55 029)
Capitalisation des gains ou pertes de change		
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	(8 399 273)	3 550 792
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	30 356 502	13 267 543
d'immobilisations	(31 634 402)	(11 387 203)
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(337 037)	(17 166)
d'immobilisations		
Variation d'autres éléments:		
Fonds d'amortissement du gouvernement		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement	(8 707 153) \$	5 500 400
 Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	(1 647 470) \$	548 124
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	1 774 881	1 226 757
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	127 411	1 774 881
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:		
Encaisse	127 411	1 774 881
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois		
Total	127 411 \$	1 774 881
 Autres renseignements:		
Immobilisations:		
Comptes à payer sur les immobilisations	2 105 882 \$	1 242 425
Intérêts:		
Intérêts créditeurs (revenus)	615 327	772 236
Intérêts encaissés (revenus)	2 803 308	2 915 401
Intérêts débiteurs (dépenses)	615 327	772 236
Intérêts déboursés (dépenses)	2 731 226	2 955 005
Placements temporaires :		
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:		
Solde au 31 mars de l'exercice précédent		
Solde au 31 mars de l'exercice courant		
Échéance supérieure à 3 mois		
Solde au 31 mars de l'exercice précédent		
Placements effectués		
Placements réalisés		
Solde au 31 mars de l'exercice courant		

Volumes d'activités

	31 mars 2014	31 mars 2013		31 mars 2014	31 mars 2013
HOSPITALISATION (courte durée)			SOINS INFIRMIERS		
Nombre de lits au permis	283	283	Jours-présence	310 401	304 343
Pourcentage occupation	119,31%	114,39%	Coût par jour-présence	11,18 \$	10,86 \$
Admissions soins infirm - courte durée (6050)	11 791	10 731			
Obstétrique (accouchements)	2 782	2 655	PHARMACIE		
Jours-présence en courte durée	123 237	118 154	Hospitalisation (courte durée)		
Chirurgie d'un jour - usager	6 952	6 682	Jours-présence	130 008	125 054
Médecine d'un jour - usager	19 570	18 026	Coût par jour-présence	37,23 \$	36,23 \$
Durée moyenne soins généraux et spécialisés	8,52	8,86			
Durée moyenne soins psychiatriques	26,82	22,94	Hébergement (longue durée)		
Coût par jour-santé physique	300,85 \$	303,28 \$	Jours-présence	180 393	179 289
Coût par jour-santé mentale	270,59 \$	268,84 \$	Coût par jour-présence	4,53 \$	7,81 \$
SERVICES AMBULATOIRES			DÉPLACEMENT DES USAGERS		
Visites - urgence	64 210	65 545	Usagers transportés	16 566	15 048
Coût par visite	219,61 \$	208,49 \$	Coût par usager	143,78 \$	143,82 \$
Visites - consultations externes spécialisées	92 609	82 786	SERVICE ALIMENTAIRE		
Coût par visite	21,73 \$	21,58 \$	Repas	1 356 899	1 337 913
			Coût par repas	5,94 \$	5,97 \$
Usagers - cliniques psychiatriques	3 499	3 893			
Coût par usager	550,62 \$	589,19 \$	FONCTIONNEMENT ET ENTRETIEN DES INSTALLATIONS		
			Volume en mètres cubes	437 074	430 933
IMAGERIE MÉDICALE			Coût par mètre cube - fonctionnement (1)	36,40 \$	38,46 \$
Unités techniques	3 149 759	2 852 449	Superficie en mètres carrés	120 333	113 808
Coût par unité technique	2,09 \$	2,08 \$	Coût par mètre carré - entretien	35,78 \$	36,21 \$
			(1): incl. loyer SIQ de 10 171 154\$ en 2013-2014		
BLOC OPÉRATOIRE			ENTRETIEN SANITAIRE		
Heures-présence de l'usager	12 009	11 403	Superficie en mètres carrés	117 684	117 375
Coût par heure-présence	959,01 \$	960,36 \$	Coût par mètre carré	44,86 \$	44,39 \$
Nombre d'usagers	9 956	9 552	Départ ou transfert	33 376	25 869
Coût par usager	1 097,99 \$	1 081,51 \$	Coût par départ ou transfert	26,45 \$	25,56 \$
LABORATOIRES			BUANDERIE-LINGERIE		
Procédures pondérées	10 669 423	10 060 115	Nombre de kilo de linge propre	1 395 654	1 313 316
Coût par procédure pondérée	0,96 \$	0,98 \$	Coût par kilo de linge propre	1,24 \$	1,22 \$
HÉMODIALYSE			ENDOSCOPIE		
Le traitement	12 574	12 096	Examens	10 167	7 879
Coût par traitement	197,14 \$	207,26 \$	Coût par examen	125,50 \$	133,53 \$
PHYSIOTHÉRAPIE			SOUTIEN FAMILLES DE PERSONNES HANDICAPÉES - ALLOCATION		
Heures de prestation de service	29 863	33 906	Usagers	921	702
Coût par heure de prestation service	81,37 \$	66,71 \$	Coût par usager	840,58 \$	925,73 \$
Jours-traitements	30 054	35 462			
Coût par jour-traitement	80,85 \$	63,78 \$	HÉMATO-ONCOLOGIE		
			Visites	20 336	17 053
ERGOTHÉRAPIE			Coût par visite	53,92 \$	59,30 \$
Heures de prestation de service	17 080	17 957			
Coût par heure de prestation service	79,36 \$	75,02 \$	UNITÉ DE MÉDECINE DE JOUR		
Jours-traitements	13 415	13 524	Jour-scins	37 660	33 353
Coûts par jour-traitement	101,04 \$	99,61 \$	Coût par jour-soins	53,23 \$	59,42 \$
INHALOTHÉRAPIE			INHALOTHÉRAPIE À DOMICILE		
Unités techniques	2 203 443	2 043 335	Usagers	659	680
Coût par unité technique	1,14 \$	1,19 \$	Coût par usager	1 009,29 \$	945,10 \$
HÉBERGEMENT			SOINS À DOMICILE		
Nombre de lits au permis	454	454	Soins infirmiers - usagers	6 087	5 653
Pourcentage occupation	108,86%	108,19%	Coût par usager	1 073,27 \$	1 116,12 \$
Jours-présence - hébergement	173 517	172 131	Aide à domicile - usagers	2 610	2 586
Coût unitaire soins infirmiers et d'assistance	130,47 \$	133,08 \$	Coût par usager	3 538,64 \$	3 506,85 \$
Jours - présence - URFI	4 016	4 241	Services psychosociaux - usagers	2 834	2 809
Coût unitaire	180,74 \$	154,86 \$	Coût par usager	1 089,86 \$	1 023,84 \$
Durée moyenne séjour en URFI	39,20	48,45	Ergothérapie/physiothérapie - usagers	7 093	2 700
			Coût par usager	455,10 \$	959,27 \$

Note aux états financiers

Modifications comptables

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable.

La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2014
Subventions à recevoir – Immobilisations – Écart de financement – Réforme comptable	(42 195 \$)
Subventions – Gouvernement du Québec	42 915
Surplus (déficits) de l'exercice	(42 195 \$)

Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations. Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 25 avril 2013.

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice :

Subventions Agence et MSSS : L'écart provient de financement non prévu en début d'exercice, notamment pour l'arrivée de nouveaux médecins-spécialistes.

Ventes de services et recouvrements : Au cours de l'exercice, nous avons eu un transfert d'un patient du CHU Sainte-Justine et pour lequel nous avons reçu le remboursement du coût des médicaments. De plus, nous avons eu plus de personnel en prêt de service.

Autres revenus : Les revenus des activités de recherche ainsi que ceux de la RAMQ pour les résidents et internes n'ont pas été budgétés.

Loyer : Le budget du loyer a été présenté avec les autres charges, le montant était de 12 186 237 \$.

Autres charges : Le budget inclut celui du loyer de 12 186 237 \$. Si nous excluons ce montant, le budget des autres charges est de 36 167 758 \$.

Opérations entre apparentés

La Fondation du CSSS du Sud de Lanaudière et l'Association des bénévoles de l'hôpital Pierre-Le Gardeur occupent des locaux offerts gracieusement par l'établissement situé au 911, montée des Pionniers, Terrebonne.

L'établissement a également confié à la Fondation du CSSS du Sud de Lanaudière l'exploitation du stationnement. Les opérations suivantes ont été conclues dans le cadre de cette activité:

Loyer de stationnement: 3 004 802 \$.

Frais de gestion perçus par la Fondation: 175 000 \$.

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R	PR	N R
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rémunération à des médecins pour des fonctions médico-administratives	11-12	R	Aucune – Les bénéfices sont supérieurs aux coûts			X
La comptabilisation des revenus et dépenses de recherche est effectué par chercheur et non par projet de recherche.	11-12	R	Les discussions ont été initiées avec les chercheurs pour connaître le financement et les dépenses attribuables pour chaque projet de recherche. A ce jour, aucune information n'est disponible.			X
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société Québécoise des Infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrat de location-acquisition.	11-12	R	Aucune, car directive du MSSS			X

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R 5	PR 6	N R 7
Au cours de l'exercice, l'établissement a encouru un déficit alors que l'établissement a un déficit cumulé, ce qui va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux. Celle-ci mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.	12-13	R				X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
La compilation des unités de mesure A et B du centre d'activités 6831 – Radiodiagnostic général ne respectent pas une des directives de l'annexe G de la circulaire codifiée 03.04.01.01 qui mentionne que les procédures effectuées par un médecin sans assistance d'un technologue ne peuvent faire l'objet d'un décompte d'unités. Des unités de mesure ont été compilées par l'établissement pour des procédures effectuées sans l'assistance d'un technologue. L'établissement n'a pas été en mesure de déterminer la surévaluation des procédures décomptées.	13-14	C				X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Aucune						

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R	PR	N R
1	2	3	4	5	6	7
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
La comptabilisation des revenus et dépenses de recherche est effectué par chercheur et non par projet de recherche.	11-12	C	Les discussions ont été initiées avec les chercheurs pour connaître le financement et les dépenses attribuables pour chaque projet de recherche. A ce jour, aucune information n'est disponible.			X
Rémunération à des médecins pour des fonctions médico-administratives.	11-12	C	Aucune – Les bénéfices sont supérieurs aux coûts			X
L'établissement n'a pas respecté la directive ministérielle telle que dictée dans la lettre d'autorisation d'emprunt reliée au fonds d'exploitation et dans la circulaire 2009-039, quant à l'utilisation de facilités de crédit au taux préférentiel. Selon ces deux sources, l'autorisation permet d'emprunter au taux préférentiel pour une ou plusieurs périodes ne pouvant excéder 5 jours ouvrables consécutifs chacune. L'établissement emprunte des fonds via une marge de crédit au taux préférentiel pour des périodes excédent 5 jours ouvrables.	13-14	C				X

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R	PR	N R
1	2	3	4	5	6	7
L'établissement a conclu une entente de préretraite progressive avec un cadre supérieur tel que prévu au règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et des services sociaux. Cette entente prévoit que le temps travaillé est de 80% du temps travaillé d'un cadre à temps complet. L'établissement n'a pas respecté le règlement qui prévoit que la proportion du temps travaillé ne peut être supérieure à 80% du temps travaillé d'un cadre à temps complet.	13-14	C				X
Rapport à la gouvernance						
L'établissement devrait clarifier le titre de propriété du nouveau pavillon Desrosiers-Langlois.	11-12	O	Le suivi a été effectué auprès du directeur des services techniques et d'hôtellerie			X
Achats et déboursés : Des bons de commandes ont été préparés après la réception de la facture, ce qui n'apporte aucune valeur ajoutée. L'établissement devrait analyser les types d'achats qui requièrent l'utilisation d'un bon de commande.	11-12	O	Comité de travail formé de la comptabilité et l'approvisionnement est en place .L'analyse du type d'achat avec ou sans bon de commande fait partie du mandat.		X	

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CSSS du Sud de Lanaudière vise à établir des lignes directrices relativement à l'éthique et la déontologie qui doivent être respectées par chacun des administrateurs. Le code d'éthique a été révisé et adopté par le conseil d'administration en novembre 2012.

Pour l'année 2013-2014, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

La copie intégrale du code d'éthique et de déontologie se trouve à l'annexe 3.

Annexe 1

Tableau des résultats du plan stratégique 2013-2014

Bilan 2013-2014 du Plan stratégique du CSSSSL

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
ENJEU 1 — L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DISTRIBUÉE AUX DEUX PÔLES DE LA VIE						
1.1 Optimiser les trajectoires de soins et de services en tenant compte du principe de hiérarchisation des services afin de produire une valeur ajoutée pour le client et lui faire vivre une expérience positive au contact du CSSSSL	AXE 1.1.1 Périnatalité	1.1.1.1 <i>Rendre accessibles des services de sage-femme sur le territoire du CSSSSL</i>				
		INDICATEUR : Phase 1 - Nombre de femmes du sud de Lanaudière ayant reçu des services d'une sage-femme	120	0	S.O.	122 (49 du sud de Lanaudière)
		INDICATEUR : Phase 2 - Nombre de femmes du sud de Lanaudière ayant reçu des services d'une sage-femme (maison de naissance du sud de Lanaudière)	300	0	S.O.	S.O.
		INDICATEUR : Phase 3 - Nombre de femmes de la région de Lanaudière ayant reçu des services d'une sage-femme (maison de naissance du sud de Lanaudière)	400	0	S.O.	S.O.
		1.1.1.2 <i>Assurer des services intégrés en périnatalogie, en néonatalogie et en pédiatrie</i>				
		INDICATEUR : Nombre de bébés lanaudois transférés au CSSSSL en provenance des centres tertiaires ou du CSSNL	40	22	53	47
		INDICATEUR : Nombre de femmes enceintes de 32 - 33 semaines ayant accouché au CSSSSL	20	1	12	22
		INDICATEUR : Nombre de bébés prématurés de 32 - 33 semaines suivis à l'hôpital Pierre-Le Gardeur	25	1	14	28
		1.1.1.3 <i>Augmenter la capacité du CSSSSL à offrir des services d'obstétrique</i>				
		INDICATEUR : Durée moyenne de séjour (jours) globale en obstétrique pour les mères	2,3	2,6	2,2	2,2
		INDICATEUR : Durée moyenne de séjour (jours) globale des nouveau-nés	1,8	2,0	1,7	1,7

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
	AXE 1.1.2 Virage gériatrique	1.1.2.1 <i>Réorganiser l'offre de service en hébergement</i>				
		INDICATEUR : Nombre de places supplémentaires en Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)	Total 52	43	Aucune	Aucune
		INDICATEUR : Heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance par jour/présence dans les CHSLD	3,00	3,02	3,26	3,20
		1.1.2.2 <i>Augmenter de 10 % le nombre d'heures de service en soutien à domicile de longue durée (PALV, DP, DI-TED)</i>				
		INDICATEUR : Nombre d'heures en soutien à domicile de longue durée rendues à domicile par différents modes de dispensation de services	362 843	357 446	305 457	296 390
		INDICATEUR : Ratio entre le nombre d'heures travaillées infirmières auxiliaires SAD et le nombre d'heures travaillées du personnel infirmier SAD (excluant la main-d'œuvre indépendante)	0,100	0,088	0,180	0,180
		INDICATEUR : Nombre moyen d'interventions par jour réalisées par les infirmières (Inf.), les auxiliaires aux services de santé et services sociaux (ASSSS) et les travailleurs sociaux (TS) au soutien à domicile (SAD)	Inf. : 6,00 ASSSS : 5,25 TS : 3,00	Inf : 4,97 ASSSS : 4,54 TS : 2,77	Inf : 4,71 ASSSS : 5,40 TS : 2,73	Inf : 4,87 ASSSS : 5,60 TS : 2,69
	AXE 1.1.3 Place des patients et des proches	1.1.3.1 <i>Poursuivre l'implantation de la pratique collaborative dans les secteurs : Jeunes en difficulté - 0 à 5 ans (JED) et du Soutien à l'autonomie (SAD)</i>				
		INDICATEUR : Nombre de plans d'intervention (PI) / plans interdisciplinaires (PII) réalisés avec le client ou ses proches	↑ 10 %	SAD : 530 PI JED : 220 PI	SAD : 1 179 PI JED : 352 PI	SAD : 2 057 PI JED : 395 PI
1.2 Ajuster la programmation clinique pour progresser vers l'atteinte des standards d'accès	AXE 1.2.1 Chirurgies orthopédiques	1.2.1.1 <i>Assurer à la clientèle l'accès aux soins de chirurgie orthopédique dans les délais prescrits par le ministère</i>				
		INDICATEUR : Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central de gestion de l'accès (MCGA) traitées dans le délai de 6 mois	Min. 90	PTH : 93,8 PTG : 94,9	PTH : 92,3 PTG : 87,0	PTH : 79,2 PTG : 75,8
		INDICATEUR : Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour des arthroplasties de la hanche (PTH) ou du genou (PTG)	0	0	0	0
		INDICATEUR : Nombre de chirurgies annulées en orthopédie	↓10%	254	286 ↑ 13 %	304 ↑ 20 %

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
	AXE 1.2.2 Services en oncologie	1.2.2.1 Répondre à l'accroissement de la demande de services en oncologie				
		INDICATEUR : Nombre de nouveaux cas gérés par les infirmières pivots (incluant les nouveaux cas téléphoniques)	1 500	504	1 358	nd
		NOUVEL INDICATEUR : Nombre d'appels téléphoniques et de rencontres effectués par les infirmières pivots				5 152
		INDICATEUR : Nombre de visites en oncologie	2013 : 16 894 2014 : 18 469 2015 : 20 044	15 319	17 053	20 336
		1.2.2.2 Alimenter le registre québécois du cancer (RQC)				
		INDICATEUR : Pourcentage de cas de cancer admissibles au RQC transmis 90 jours après la date du diagnostic	100	n.a.	100	100
	AXE 1.2.3 Services en endoscopie	1.2.3.1 Améliorer les délais d'accès aux services d'endoscopie				
		INDICATEUR : Nombre d'examens réalisés annuellement (excluant les examens - Cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique [CPRE])	10 400	7 860	7 879	10 168
		INDICATEUR : Délai d'attente maximal (mois) pour un rendez-vous en gastroentérologie (nouveaux cas électifs)	24	54	57	64
		INDICATEUR : Délai d'accès moyen (jours calendrier) pour un examen de dépistage par coloscopie (cas électifs)	300	371	300	361
	AXE 1.2.4 Examens d'échographie	1.2.4.1 Garantir l'accessibilité aux examens d'échographie				
		INDICATEUR : Délai d'attente (mois) pour un examen électif en échographie	0 plus de 12 mois	1 138 examens plus de 12 mois	161 examens plus de 12 mois	5 examens plus de 12 mois délai moyen 3 mois
		INDICATEUR : Nombre moyen d'examens d'échographie réalisés par jour	14 - 18 examens fœtals, 82 autres types examens	18 examens fœtals, 68 autres types examens	16 examens fœtals, 80 à 83 autres types examens	18 examens fœtals 84 à 90 autres types d'examens

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
ENJEU 2 — LA PRÉPONDÉRANCE DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES						
2.1 Augmenter la capacité de prise en charge en services généraux de santé physique	AXE 2.1.1 Pratique infirmière spécialisée en 1^{re} ligne	2.1.1.1 Implanter des IPS-PL dans le réseau de 1^{re} ligne du CSSSSL				
		INDICATEUR : Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1 ^{re} ligne (IPS-PL)	10	4 titulaires	9 titulaires	9 titulaires
	AXE 2.1.2 Soutien à la pratique de l'omnipraticien	2.1.2.1 Faciliter l'accès à un médecin spécialiste				
		INDICATEUR : Délai maximal d'attente (semaines) pour une consultation médicale spécialisée (nouveaux cas et suivis électifs)	↓10 %	NC : 424 Suivis : 367	NC : 461 Suivis : 354	NC : 480 Suivis : 406
		INDICATEUR : Nombre de visites pour une consultation médicale spécialisée (nouveaux cas) INDICATEUR : Nombre de visites pour une consultation médicale spécialisée (suivis)	↑10%	75 411	82 786 ↑9,8 %	94 703 ↑25,6 %
2.2 Améliorer le suivi des clientèles ayant des besoins nécessitant des services spécifiques	AXE 2.2.1 Personnes atteintes d'une maladie chronique	2.1.2.2 Établir un corridor de services en santé mentale adulte entre les cabinets d'omnipraticiens et les équipes de santé mentale du CSSSSL				
		INDICATEUR : Nombre de nouveaux usagers référés aux équipes de santé mentale adulte du CSSSSL par les cabinets d'omnipraticiens	75	93	86	110
		2.2.1.1 Implanter un programme de gestion optimale des maladies chroniques				
		INDICATEUR : Pourcentage de personnes avec maladie chronique inscrites en GMF, suivies par le programme GOMAC	2013 : 10 2014 : 20 2015 : 30	0	Reporté en 2013-2014	Reporté faute de financement
		INDICATEUR : Taux global de visites à l'urgence reliées à des conditions évitables grâce aux services de première ligne	↓ 5 %	n.d.	2013-2014	Reporté 2014-2015
		INDICATEUR : Taux global d'hospitalisations reliées à des conditions évitables grâce aux services de première ligne	↓ 5 %	2010-2011 3,085	2013-2014	Reporté 2014-2015
		2.2.1.2 Implanter un programme d'autogestion des soins				
		INDICATEUR : Nombre moyen de personnes ayant participé aux ateliers sur les maladies chroniques	Présence à 50 % des rencontres	0	11 personnes (2 ateliers)	43 personnes (3 ateliers)
		2.2.1.3 Déployer un programme d'utilisation optimale des médicaments				
		INDICATEUR : Pourcentage de personnes qui prennent leurs médicaments 80 % du temps ou plus sur une durée de 90 jours, 6 mois après le début du traitement	100	0	Reporté en 2013-2014	Reporté 2014-2015

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
	AXE 2.2.2 Jeunes en difficulté	2.2.2.1 <i>Déployer un programme d'intervention en négligence</i>				
		INDICATEUR : Pourcentage du territoire du RLS du CSSSSL couvert par le programme (comprenant deux municipalités régionales de comté)	100	0	38,0	90,0
	AXE 2.2.3 Personnes âgées en perte d'autonomie	2.2.3.1 <i>Poursuivre l'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)</i>				
		INDICATEUR : Degré moyen (%) d'implantation du RSIPA	75	60,23	63,12	65,66
		INDICATEUR : Taux de déclarations (%) en hébergement à partir de l'hôpital pour les personnes âgées de 75 ans ou plus	moins de 5	5,86	6,38	P12 : 5,35
		INDICATEUR : Taux d'évaluations/réévaluations (%) réalisées par l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) pour les personnes âgées en perte d'autonomie (profil SAD 710)	100	32,7	33,7	96,0

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
ENJEU 3 — LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES						
3.1 Intensifier nos efforts pour assurer une prestation de services sécuritaires et de qualité	AXE 3.1.1 Satisfaction de la clientèle	3.1.1.1 Améliorer le processus d'évaluation de la satisfaction de la clientèle				
		INDICATEUR : Dimensions à sonder définies	Sept. 2014	S.O.	2013-2014	Sept. 2013
		INDICATEUR : Tronc commun des questions déterminé pour l'ensemble des sondages à réaliser	Sept. 2014	S.O.	2013-2014	Sept. 2013
		INDICATEUR : Modalités de diffusion et de distribution des sondages établies	Sept. 2014	S.O.	2013-2014	Sept. 2013
		INDICATEUR : Nombre de sondages réalisés	100	S.O.	10	2014-2015
		INDICATEUR : Procédure de diffusion des résultats connue	Sept. 2014	S.O.	2013-2014	2014-2015
	AXE 3.1.2 Standards de pratique reconnus	3.1.2.1 Diminuer le taux de chutes en milieu hospitalier et en hébergement				
		INDICATEUR : Taux de chutes (pour les gravités de C à I) en hébergement par 1 000 jours-présence	11,41	12,64	7,74	6,67
		INDICATEUR : Taux de chutes (pour les gravités de C à I) en milieu hospitalier dans les secteurs ciblés (sauf l'urgence) par 1 000 jours-présence	7,26	8,06	6,99	7,88
		INDICATEUR : Taux de chutes (pour les gravités de C à I) en milieu hospitalier à l'urgence par 1 000 visites	1,21	1,36	1,51	2,26
		3.1.2.2 Diminuer les erreurs de médicaments				
		INDICATEUR : Taux d'erreurs de médicaments (pour les gravités C à I) en hébergement par 1 000 jours-présence	5,85	6,50	5,63	3,00
		INDICATEUR : Taux d'erreurs de médicaments (pour les gravités C à I) en milieu hospitalier dans les secteurs (chirurgie, gériatrie active, médecine, psychiatrie, soins intensifs) par 1 000 jours-présence	8,54	9,49	8,01	9,87
		INDICATEUR : Taux d'erreurs de médicaments (pour les gravités C à I) en milieu hospitalier à l'urgence par 1 000 visites	3,02	3,35	3,26	4,66

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
		3.1.2.3 Poursuivre le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA)				
		INDICATEUR : Pourcentage des composantes de l'AAPA implantées (secteurs urgence et médecine)	80	15	41	70
		INDICATEUR : Durée moyenne de séjour (jours) des personnes de 75 ans ou plus hospitalisées	10,60	13,60	14,59	14,60
		INDICATEUR : Proportion (%) du nombre de personnes de 75 ans ou plus hospitalisées ayant un profil AINEES complété	100	0	0	ND
	Pérennité des connaissances	INDICATEUR : Adoption du programme par le comité de direction	Déc. 2013	Absence de programme	2013-2014	Absence de programme
	AXE 3.2.2 Enseignement	3.2.2.1 Obtenir une affiliation universitaire				
		INDICATEUR : Planification des activités à mettre en œuvre afin d'obtenir l'affiliation	Fév. 2013	Aucune	Reporté en 2013-2014	Reporté en 2014-2015
		INDICATEUR : Pourcentage des activités planifiées qui sont réalisées	25	0	0	0

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
ENJEU 4 — UN MILIEU DE TRAVAIL VALORISANT LA RÉALISATION PROFESSIONNELLE						
4.1 Assurer la disponibilité et la fidélisation d'une main-d'œuvre responsable et compétente	AXE 4.1.1 Attraction des différentes missions du CSSSSL	4.1.1.1 Élaborer une stratégie de recrutement				
		INDICATEUR : Stratégie de recrutement élaborée et adoptée par le comité de direction	Sept. 2013	Aucune	2013-2014	Partiel
	AXE 4.1.2 Stabilité des équipes de travail	4.1.2.1 Finaliser la mise en œuvre du plan d'action sur la présence au travail (horaire, MOI, refus)				
		INDICATEUR : Pourcentage d'heures d'assurance salaire sur le total des heures travaillées	5,53	6,30	6,45	P12 : 5,80
		INDICATEUR : Pourcentage d'heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante (MOI) sur le total des heures travaillées	Inf. : 4,50 Inf. aux. : 2,30 PAB : 2,00 Inhal. : 0,03	5,74 2,83 2,19 s.o.	4,96 5,54 1,65 0,01	4,42 3,38 1,57 0,00
		INDICATEUR : Pourcentage d'heures travaillées en temps supplémentaire sur le total des heures	Inf. : 5,41 Ens. pers. : 3,85	6,63 4,01	7,10 4,46	6,53 4,23
	AXE 4.1.3 Développement des compétences	4.1.3.1 Améliorer la coordination de la gestion des activités de formation				
		INDICATEUR : Projet d'optimisation élaboré et finalisé	Mars 2014	S.O.	2013-2014	Partiel
4.2 Poursuivre l'implantation des meilleures pratiques en gestion des ressources humaines	AXE 4.2.1 Planification de la main-d'œuvre	4.1.3.2 Élaborer le volet du développement du personnel dans le cadre du plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre				
		INDICATEUR : Volet développement du plan triennal élaboré et adopté par le conseil d'administration	Mars 2015	Aucun	2014-2015	2014-2015
	AXE 4.2.2 Rôles de gestion	4.2.1.1 Élaborer un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre				
		INDICATEUR : Plan triennal élaboré (volet planification de la main-d'œuvre)	Janv. 2013	Aucun	Mis à jour	Réalisé
		4.2.2.1 Réaliser un projet d'amélioration des conditions d'exercices des gestionnaires (OPTIcom)				
		INDICATEUR : Projet réalisé dans ses deux phases (structure et efficience du travail en comité)	Juin 2013	S.O.	En cours de réalisation	2 phases réalisées En continu
		4.2.2.2 Définir les rôles de gestion en lien avec les défis organisationnels à rencontrer				
		INDICATEUR : Définition des rôles de gestion réalisée	Mars 2015	Aucun	2014-2015	2014-2015

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
	AXE 4.2.3 Valorisation du personnel	4.2.3.1 Implanter un programme d'évaluation de la contribution des employés				
		INDICATEUR : Description de postes à jour et diffusée	Juillet 2013	Aucune	2013-2014	Partiel
		INDICATEUR : Pourcentage du personnel ayant été évalué pour sa contribution à chaque année	Gestionnaires à compter de 2013 : 100	S.O.	2013-2014	Partiel
			Employés : 2013 : 33 2014 : 100 2015 : 100	S.O.	2013-2014	Partiel

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
ENJEU 5 — LE TRAVAIL EN RÉSEAU						
5.1 Poursuivre l'actualisation d'un partenariat réseau axé sur l'action	AXE 5.1.1 Jeunes en difficulté	5.1.1.1 <i>Déployer un programme d'intervention spécifique en négligence</i>				
		INDICATEUR : Nombre d'ententes de service interétablissement signées	3	0	0	S.O.
		NOUVEL INDICATEUR : Nombre d'ententes de collaboration interétablissement signées	1	S.O.	S.O.	En cours d'élaboration
	AXE 5.1.2 Pratique infirmière spécialisée en 1 ^{re} ligne	INDICATEUR : Nombre d'ententes de collaboration avec les organismes communautaires signées	6	0	0	1
		5.1.2.1 <i>Augmenter le nombre de milieux cliniques de 1^{re} ligne pour l'implantation des IPS-SPL</i>				
		INDICATEUR : Nombre de milieux cliniques	8	2	3	6
		5.1.2.2 <i>Établir des liens formels avec les partenaires de la communauté dans le cadre du programme GOMAC</i>				
		INDICATEUR : Nombre de groupes de médecine de famille (GMF) qui dispensent les services du programme GOMAC	9	0	Reporté 2013-2014	Reporté 2014-2015
	AXE 5.1.3 Développement des communautés	5.1.3.1 <i>Contribuer au développement des communautés du territoire de la MRC L'Assomption au regard de la lutte à la pauvreté et à la persévérance scolaire</i>				
		INDICATEUR : Niveau de participation (%) du CSSSSL aux rencontres de concertation	80 % du nombre de rencontres tenues	1 (lutte à la pauvreté) 2 (persévérance scolaire)	100% 100%	100% 100%
		5.1.3.2 <i>Soutenir l'amélioration des pratiques de concertation dans la MRC Les Moulins</i>				
		INDICATEUR : Définition et révision des mandats dévolus aux représentants du CSSSSL	Annuellement	Non définis	En cours	En cours

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
5.2 S'allier les partenaires intersectoriels pour agir sur les déterminants de la santé	AXE 5.2.1 Communauté en santé	5.2.1.1 <i>Élaborer un plan de priorités locales en santé publique</i>				
		INDICATEUR : Plan local d'action en santé publique adopté par le conseil d'administration	Sept. 2012	En rédaction	Adopté le 18 sept. 2012	Adopté le 18 sept. 2012
		5.2.1.2 <i>Mettre en œuvre le plan local d'action en santé publique</i>				
		INDICATEUR : Pourcentage des actions inscrites au PLSP qui ont été réalisées	80	0	60	ND
5.3 Tonifier les relations du CSSSSL avec les différents publics du RLS	AXE 5.3.1 Mission et vision organisationnelles	5.3.1.1 <i>Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication supportant la réalisation de la planification stratégique 2012-2015</i>				
		INDICATEUR : Plan de communication élaboré	Déc. 2012	s.o.	En rédaction	En rédaction
		INDICATEUR : Pourcentage des activités réalisées	80	0	Reporté en 2013-2014	Reporté en 2014-2015

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
ENJEU 6 — L'ALIGNEMENT ORGANISATIONNEL ET LA DYNAMIQUE DE GESTION						
6.1 Susciter l'adhésion à la vision et aux orientations stratégiques du CSSSSL	AXE 6.1.1 Horizon 2015	6.1.1.1 <i>Diffuser et voir à l'appropriation du plan stratégique</i> INDICATEUR : Tenue d'activités d'appropriation du plan stratégique auprès des différentes instances du CSSSSL	3	S.O.	6	2014-2015
		6.1.1.2 <i>Assurer le suivi du plan stratégique</i> INDICATEUR : Pourcentage des activités réalisées	100	0	41	33
6.2 Accompagner le conseil d'administration dans l'appropriation de ses fonctions stratégiques	AXE 6.2.1 Devoirs et responsabilités du conseil d'administration	6.2.1.1 <i>Doter le conseil d'administration de politiques et de pratiques de gouvernance efficaces, efficaces et transparentes</i> INDICATEUR : Mise sur pied du comité de gouvernance et d'éthique	Août 2012		Août 2012	Août 2012
		INDICATEUR : Règlements de fonctionnement des différents comités du conseil d'administration mis à jour en fonction des dernières modifications législatives	Déc. 2013	0	2	2
		INDICATEUR : Processus d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration adopté par celui-ci	Déc. 2013	0	2013-2014	Rapport d'évaluation disponible depuis octobre 2013
		INDICATEUR : Processus d'évaluation des membres du conseil d'administration adopté par celui-ci	Déc. 2013	0	2013-2014	2014-2015
6.3 Améliorer la cohérence et la cohésion à tous les paliers de l'organisation	AXE 6.3.1 Structure interne	6.3.1.1 <i>Élaborer le plan d'organisation de l'administration supérieure</i> INDICATEUR : Plan d'organisation de l'administration supérieure	Sept. 2012	S.O.	Adopté 18 sept. 2012	S.O.
		NOUVEL INDICATEUR : Révision du Plan d'organisation de l'administration supérieure		S.O.	S.O.	Adopté en octobre 2013
		6.3.1.2 <i>Préciser les mécanismes de concertation et de coordination entre les directions</i> INDICATEUR : Mécanismes de concertation et de coordination définis au plan d'organisation	Sept. 2012	S.O.	Sept. 2012	S.O.
		NOUVEL INDICATEUR : Mise à jour des mécanismes de concertation et de coordination définis au plan d'organisation		S.O.	S.O.	Automne 2013

ORIENTATION	AXE D'INTERVENTION	OBJECTIF	CIBLE	Point de départ au 1 ^{er} avril 2012	Résultats au 31 mars 2013	Résultats au 31 mars 2014
ENJEU 7 — UN NIVEAU DE RESSOURCES ADÉQUAT POUR RÉPONDRE À L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE						
7.1 Assurer une veille stratégique sur les écarts entre les besoins populationnels et le niveau de ressources disponibles	AXE 7.1.1 Culture de mesure	7.1.1.1 <i>Présenter les besoins de santé bien-être de la population du réseau local de services de Lanaudière-Sud (RLS)</i>				
		INDICATEUR : Diffusion du portrait des besoins de la population aux différentes instances du CSSSSL	1 fois par 3 ans	Hiver 2012	2014-2015	2014-2015
		7.1.1.2 <i>Gérer les ressources du CSSSSL de façon efficace, efficiente, rigoureuse et imputable</i>				
		INDICATEUR : Niveau de performance organisationnelle (%) du CSSSSL en fonction des groupes de services (services généraux et services aux jeunes, santé physique, santé mentale, perte d'autonomie liée au vieillissement, services de soutien, services administratifs)	100 % des groupes de services dans le 1 ^{er} tercile des établissements comparables	16,7%	16,7%	Disponible à l'automne 2014
		7.1.1.3 <i>Appuyer nos projets de développement sur une analyse rigoureuse</i>				
		INDICATEUR : Volume (nbre et %) de projets de développement analysés par le bureau de projets	100%	s.o.	40 100%	9 100%
		7.1.1.4 <i>Planter un processus de gestion intégrée des risques</i>				
		INDICATEUR : Réalisation d'un exercice de pondération des risques potentiels organisationnels aux deux ans	Sept. 2014	s.o.	2013-2014	Reporté 2014-2015
7.2 Faire les représentations stratégiques en vue de doter le CSSSSL des ressources nécessaires à l'accomplissement de sa mission	AXE 7.2.1 Leadership stratégique	7.2.1.1 <i>Mettre en œuvre une stratégie de sensibilisation auprès des dirigeants</i>				
		INDICATEUR : Nombre de présentations auprès des différents dirigeants politico-administratifs d'un état de situation sur le niveau de ressources disponibles versus les besoins de la population du RLS	Présentations tenues annuellement	Automne 2012	Dizaine	20-30

Annexe 2

Tableau de bord de l'entente de gestion



BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2013-2014

	Atteinte à 100%
	Atteinte supérieure à 90%
	Non atteinte (moins de 90%)

# Indicateur	Indicateurs		Résultats atteints *		Évaluation	Cibles 2013-2014
			1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014		
SANTÉ PUBLIQUE						
1.01.12	Nombre de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance (SIPPE)		173	138 résultat non comparable		160 (méthode de calcul modifiée en septembre 2013)
1.01.12.B1	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatales et postnatales), au cours de l'année de référence :	Prénatale	0,31	0,32		0,42
1.01.12.B2		Postnatale 1	0,77	0,75		0,85
1.01.12.B3		Postnatale 2	0,26	0,27		0,35
1.01.12.B4		Postnatale 3	0,16	0,17		0,20
1.01.13	Nombre d'écoles publiques qui implantent l'approche <i>École en santé</i> (AÉS) (sauf les écoles de formation professionnelle)		4	17 (24,6%)		16 écoles (23,9%) primaires ou secondaires
1.01.14	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais		94,5%	93,7%		90 % des enfants vaccinés
1.01.15	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais		85,0%	83,6%		90 % des enfants vaccinés
1.01.16.01	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais		84,7%	83,6%		90 % des enfants vaccinés
1.01.19.1	Taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis	Diarrhées associées Clostridium difficile	0,8	2,0		4,4 par 10 000 jours- présence ou moins
1.01.19.2		Bactériémies à SARM	0,0	0,2		0,56 par 10 000 jours- présence ou moins
1.01.19.3		Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	0,0	0,0		3,30 par 10 000 jours- présence ou moins
1.01.20	Nombre d'usagers différents ayant reçu des services dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) avec une moyenne de 3 interventions par usager		254 et 32 usagers groupe	200 et 20 usagers groupe		225 usagers
			2,5	3,0		Moyenne 3 int. / usager

# Indicateur	Indicateurs	Résultats atteints *		Évaluation	Cibles 2013-2014	
		1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014			
	Nombre d'usagers différents ayant reçu des services d'éducation dans les centres d'enseignement sur l'asthme (CÉA) - (services liés à l'asthme)	250	331 1,8 int. / usager	😊	180 usagers	
	Nombre d'interventions de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) effectuées par l'infirmière SIDEPE (hors les murs du CSSSL)	dépistage : 319 vaccination : 168	dépistage : 307 vaccination : 75	😊	200 interventions	
	Nombre d'interventions de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) auprès de jeunes de moins de 21 ans	2 106	2 053	😐	2 080 interventions	
	Proportion de classes ayant bénéficié d'interventions préventives de groupe par l'infirmière jeunesse pendant l'année scolaire 2013-2014	S.O.	94%	😊	75 % des classes de 6 ^e année (éducation à la sexualité)	
		S.O.	89%	😊	50 % des classes de 3 ^e année (saine alimentation)	
		S.O.	47%	😊	50 % des classes de secondaire 3 (éducation à la sexualité)	
1.9.21 (1.1.H)	Nombre d'usagers de 65 ans et plus vivant à domicile et inscrits au soutien à domicile (SAD) ayant reçu au moins une intervention multifactorielle personnalisée (IMP) en prévention des chutes	269	175	😞	267 usagers de 65 ans ou plus	
	Rapport d'activités annuel en développement des communautés transmis	S.O.	Réalisé	😊	Transmission du rapport annuel d'activités	
	Mise en œuvre de la politique alimentaire complétée	Mise en œuvre	Complétée	😊	Mise en œuvre complétée	
SAPA						
1.03.05.01	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile <u>par les différents modes de dispensation de services</u>	GLOBAL (SAPA, DP, DI-TED)	305 457	296 390	😞	Offrir 354 472 heures (CSSS - mission CLSC) Global : 357 281 heures
	SAPA : Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues <u>par les différents modes de dispensation de services</u> - VALEUR CUMULÉE		175 305	172 656	😐	2 809 heures supplémentaires en SAPA
1.03.06	Pourcentage d'implantation du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) les volets : mécanismes de coordination, l'évaluation des besoins par l'utilisation de l'OEMC et la gestion de cas	63,12%	65,66%	😊	65%	
	Nombre d'intervenants exerçant des fonctions de gestionnaire de cas (Q 17)	S.O.	4	😊	Ajout de 0,5 ETC gestionnaire de cas	
	Pourcentage de ces intervenants ayant reçu une formation spécifique à la gestion de cas (Q 25a)	S.O.	100%	😊	Gestionnaires de cas formés	

# Indicateur	Indicateurs		Résultats atteints *		Évaluation	Cibles 2013-2014	
			1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014			
1.03.07	Mise en place de la majorité des composantes reliées à l'implantation de l' <i>Approche adaptée à la personne âgée</i> (AAPA) en centre hospitalier		41%	100%	😊	100% des activités sont planifiées à l'intérieur de chacune des six composantes	
1.03.09	Mise en place de la majorité des préalables reliés à l'implantation de l' <i>Approche adaptée à la personne âgée</i> (AAPA)		100%	100%	😊		
	Nombre usagers ayant besoin de services de soutien à domicile (SAD) de longue durée évalués ou réévalués à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC)		1 540	2 276 (96%)	😐	100% des usagers	
DÉFICIENCES							
	Protocoles d'entente de collaboration (contrats) signés avec les organismes communautaires ayant des projets retenus par le Ministère.		S.O.	Table clinique DI -TED et DP à l'automne 2014	😊	Soutien et accompagnement offerts par le CSSSSL	
1.45.45.02	Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès	Toutes déficiences - Tous âges <i>Priorité urgente</i>	87,5%	100%	😊	90% (à l'intérieur de 3 jours)	
1.45.45.03	Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès	Toutes déficiences - Tous âges <i>Priorité élevée</i>	84,4%	85,3%	😐	90% (à l'intérieur de 33 jours)	
1.45.45.04	Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès	Toutes déficiences - Tous âges <i>Priorité modéré e</i>	93,4%	90,2%	😊	90% (à l'intérieur de 360 jours)	
JEUNES EN DIFFICULTÉ							
1.06.10	Programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou prometteur est offert par le CSSS		Nombre de jeunes et de familles desservis	0-5 ans : 19 6-12 ans : 11 Adultes : 8	😊	Programme mis en œuvre	
			Intensité des services	S.O.			Non requis en 2013-2014
			% du territoire couvert	S.O.			
	Équipe d'intervention jeunesse mise en place		Coordonnateur EIJ dédié	Mécanismes de coordination en place	😊	ÉIJ ou mécanismes de coordination mis en place	

# Indicateur	Indicateurs		Résultats atteints *		Évaluation	Cibles 2013-2014
			1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014		
DÉPENDANCES						
1.07.05	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par le CSSS	0 - 17 ans	8	18		100
		18 ans ou plus	22	130		
SANTÉ MENTALE						
1.08.05	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (valeur cumulée)		S.O.	114		200
1.08.06	Nombre de places en services de suivi intensif (SIME) dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (du début année)		72	75		114
1.08.09A	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC) depuis le début de l'année	Enfants & Jeunes	228	283		2 105
1.08.09B		Adultes	1 644	2 078		
	Nombre de professionnels en ETC dédiés aux services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC) (selon les heures rémunérées)	0 - 17 ans	11,28 et 0,1 PR	9,93 et 0,1 PR		En 2015 Équipes (jeunes et adultes) de 1 ^{re} ligne complétées
		18 ans et plus	22,14 et 0,2 PR	27,41 et 0,2 PR		
SANTÉ PHYSIQUE - UNITÉ D'URGENCE						
1.09.01	Séjour moyen sur civière (valeur cumulée en heures)		27,4	25,5		19,0
1.09.03	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière (valeur cumulée)		17,8%	14,5%		1%
1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière depuis le 1 ^{er} avril		45,8%	44,1%		25%
SANTÉ PHYSIQUE - SOINS PALLIATIFS						
1.09.05	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile		741	774		452
1.09.06	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile		12,55	11,25		14,90

# Indicateur	Indicateurs		Résultats atteints *		Évaluation	Cibles 2013-2014
			1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014		
SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE (réalisée au bloc opératoire)						
1.09.20.01	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie (sauf les demandes en urgence, les demandes endoscopiques et les chirurgies ambulatoires)	PTH	92,3%	79,2%	☹	90% des demandes réalisées à l'intérieur de 6 mois
1.09.20.02		PTG	87,0%	75,8%	☹	
1.09.20.03		Chirurgie de la cataracte	85,6%	91,3%	😊	
1.09.20.04		Chirurgie d'un jour	91,6%	83,3%	😊	
1.09.20.05		Chirurgie avec hospitalisation	93,5%	86,2%	😊	
1.09.32.01	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un (1) an (sauf les demandes en urgence, les demandes endoscopiques et les chirurgies ambulatoires)	PTH	0	0	😊	Aucune
1.09.32.02		PTG	0	0	😊	
1.09.32.03		Chirurgie de la cataracte	2	0	😊	
1.09.32.04		Chirurgie d'un jour	167	216	☹	
1.09.32.05		Chirurgie avec hospitalisation	11	21	☹	
1.09.33.01	Pourcentage de personnes traitées par chirurgie oncologique à l'intérieur du délai prévu, au bloc opératoire (en jours de calendrier)	28 jours ou moins	61,7% (259)	47,7% (305)	☹	80%
1.09.33.02		56 jours ou moins	86,9% (365)	86,1% (551)	☹	100%
SANTÉ PHYSIQUE - SERVICES MÉDICAUX						
1.09.25	Nombre total de Groupes de médecine familiale (GMF) implantés (déploiement de nouveaux GMF ou ajouts de site clinique à des GMF existants)		9	9	😊	9
1.09.27 [modifié CSSSSL]	Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille via le Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO)	Demandes traitées	12 093	14 735	😊	
		Prises en charge par les cliniques - partenaires	1 515	3 908		

# Indicateur	Indicateurs	Résultats atteints *		Évaluation	Cibles 2013-2014	
		1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014			
SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE						
		Trimestre 4	Trimestre 4			
1.09.34.01	Proportion des demandes de services en attente de moins de 90 jours pour la clientèle élective en imagerie médicale, au dernier jour du trimestre 4	Graphies (sur RV seulement)	52,8%	63,6%	☹	90 % des demandes attendent moins de 90 jours
1.09.34.02		Scopies	83,3%	73,3%	☹	
1.09.34.03		Mammographies diagnostiques	99,5%	92,7%	☺	
1.09.34.04		Échographies obstétricales	97,9%	98,6%	☺	
1.09.34.05		Échographies cardiaques	100%	100%	☺	
1.09.34.06		Échographies mammaires	66,7%	87,2%	☺	
1.09.34.07		Autres échographies	60,3%	95,5%	☺	
1.09.34.08		Tomodensitométrie	47,4%	56,7%	☹	
1.09.34.09		Résonances magnétiques	53,5%	62,3%	☹	
1.09.35.01	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de sept (7) jours ou moins, pendant le trimestre 4	Graphies	98,4%	87,0%	☹	100% des examens réalisés sont lus à l'intérieur de 7 jours
1.09.35.02		Scopies	7,9%	54,7%	☺	
1.09.35.03		Mammographies diagnostiques	70,7%	83,6%	☹	
1.09.35.04		Échographies obstétricales	99,0%	99,6%	☺	
1.09.35.05		Échographies cardiaques	100%	100%	☺	
1.09.35.06		Échographies mammaires	99,5%	97,7%	☺	
1.09.35.07		Autres échographies	98,9%	99,4%	☺	
1.09.35.08		Tomodensitométrie	90,6%	91,9%	☺	
1.09.35.09		Résonances magnétiques	76,2%	79,0%	☹	

# Indicateur	Indicateurs		Résultats atteints *		Évaluation	Cibles 2013-2014
			1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014		
1.09.36.01	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur du délai de moins de 90 jours en imagerie médicale, <i>pendant le trimestre 4</i>	Graphies	99,2%	99,8%	😊	90 % des examens sont réalisés dans un délai de moins de 90 jours
1.09.36.02		Scopies	100%	99,2%	😊	
1.09.36.03		Mammographies diagnostiques	99,5%	90,0%	😊	
1.09.36.04		Échographies obstétricales	94,3%	91,7%	😊	
1.09.36.05		Échographies cardiaques	100%	100%	😊	
1.09.36.06		Échographies mammaires	100%	78,7%	😊	
1.09.36.07		Autres échographies	77,3%	85,7%	😊	
1.09.36.08		Tomodensitométrie	97,5%	95,8%	😊	
1.09.36.09		Résonances magnétiques	56,6%	64,3%	😞	
1.09.37.01	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept (7) jours ou moins, <i>pendant le trimestre 4</i>	Graphies	71,6%	34,1%	😞	100% des rapports sont transcrits / transmis à l'intérieur de 7 jours
1.09.37.02		Scopies	78,0%	30,8%	😞	
1.09.37.03		Mammographies diagnostiques	86,3%	41,1%	😞	
1.09.37.04		Échographies obstétricales	97,5%	92,2%	😊	
1.09.37.05		Échographies cardiaques	100%	94,8%	😊	
1.09.37.06		Échographies mammaires	78,2%	34,8%	😞	
1.09.37.07		Autres échographies	79,9%	37,5%	😞	
1.09.37.08		Tomodensitométrie	77,7%	37,1%	😞	
1.09.37.09		Résonances magnétiques	74,4%	33,8%	😞	

# Indicateur	Indicateurs		Résultats atteints *		Évaluation	Cibles 2013-2014
			1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014		
HYGIÈNE ET SALUBRITÉ						
2.02.02	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	Responsable, Relevé et Désignation	100%	100%	😊	80%
RESSOURCES HUMAINES						
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées (depuis le début de l'année)		6,45	P1 - P12: 5,80	😐	5,53
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées en heures supplémentaires (depuis le début de l'année)	Infirmières	7,10%	6,53%	😞	5,41%
3.05.02		Personnel du réseau	4,46%	4,23%	😐	3,85%
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers (depuis le début de l'année)	Infirmières	4,96%	4,42%	😊	4,50%
3.06.02		Infirmières auxiliaires	5,54%	3,38%	😞	2,30%
3.06.03		Préposés aux bénéficiaires	1,65%	1,57%	😊	2,00%
3.06.04		Inhalothérapeutes	0,01%	0,00%	😊	0,03%
3.07	Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de 1 ^{re} ligne		4 en poste et 9 titulaires	5	😐	9
3.08	Plan main-d'œuvre (PMO) local mis à jour		Réalisé	Réalisé	😊	Dépôt au 30 septembre 2013
3.09	Poursuite de la démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Processus d'admission du patient en provenance de l'urgence	Réalisée	En cours	😊	Poursuite du projet déjà réalisé et en assure la pérennité
3.10	Programme de soutien clinique - Volet préceptorat		S.O.	Mis en œuvre	😊	Mis en œuvre
3.14	Établissement ayant obtenu un agrément du volet mobilisation des ressources humaines		S.O.	2014-2015		Agrément obtenu

# Indicateur	Indicateurs	Résultats atteints *		Évaluation	Cibles 2013-2014	
		1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014			
DÉSENCOMBREMENT DES URGENCES						
4.01.01	Nombre moyen de patients [en] CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD) (valeur cumulée)	17,4	15,4		3 personnes ou moins	
4.01.02	Nombre moyen de patients en attente de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD) (valeur cumulée)	2,6	3,1		3 personnes ou moins	
4.01.03	Nombre moyen de patients en attente de convalescence et d'UTRF occupant des lits de courte durée (valeur cumulée)	10,0	9,0		3 personnes ou moins	
4.01.04	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD) (valeur cumulée)	3,6	2,5		3 personnes ou moins	
4.01.05	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale (valeur cumulée)	9,6	10,2		3 personnes ou moins	
4.01.06	Nombre moyen de patients [en] CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale (valeur cumulée)	14,1	17,8		3 personnes ou moins	
4.01.07	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD) (valeur cumulée)	1,8	1,5		3 personnes ou moins	
4.01.08	Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans ou plus (valeur cumulée)	6,38%	P1 à P12 : 5,35%		Moins de 5%	
OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES						
6.01.01	Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux mises à jour dans les délais		S.O.	Niveau régional		95%
6.01.02	Mise en œuvre du Plan d'action visant l'optimisation des soins et services en soutien à domicile (SAD)		En cours	Mise en œuvre du plan d'action		Augmentation de 10% des heures de service, d'ici 2015
6.01.03	Nombre de projets visant à optimiser l'utilisation des ressources humaines et financières (MCGA, OPTILAB, Service régional de la paie, ...)	Bloc opératoire (continuum PTH - PTG)	2013-2014	En cours		Processus révisés
		Imagerie médicale	En cours	En cours		
		Endoscopie	En cours	En cours		
		Centrale de rendez-vous (Imagerie médicale)	En cours	En cours		
		Laboratoires (OPTILAB)	En cours	En cours		
		Service régional de la paie	S.O.	Terminé		

# Indicateur	Indicateurs	Résultats atteints *		Évaluation	Cibles 2013-2014	
		1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014			
OPTIMISATION EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION						
	Meilleure utilisation des technologies de l'information visant l'amélioration de la qualité des services aux usagers et ultimement à l'optimisation de chaque dollar investi (travaux régionaux)	Courrier électronique	S.O.	En cours	😊	Étapes réalisées
		Gestion du parc des postes de travail	S.O.	En cours	😊	Travaux réalisés
		Regroupement des centres de traitement	S.O.	Collaboration aux travaux	😊	Inventaire réalisée État de situation produite
		Téléphonie	S.O.	En cours	😊	Travaux réalisés
		Visioconférence	Accès dans 5 nouveaux sites du CSSSSL	Accès dans 6 autres sites du CSSSSL	😊	Migration des environnements et des stations de visioconférence réalisés
		Sécurité de l'information	S.O.	Politique révisée et adoptée le 22 octobre 2013	😊	Bilan des mesures en place Mise en œuvre d'un réseau d'alerte
RESSOURCES INFORMATIONNELLES						
	Poursuite de l'implantation du Dossier clinique informatisé (DCI) dans l'établissement et interopérable avec le Dossier de santé du Québec (DSQ)	En cours	En cours	😊	Poursuite de l'implantation	
	Déploiement du Dossier de santé du Québec (DSQ)	En cours	En cours	😊	Poursuite du plan de déploiement	
	Respect du cadre de gestion du Plan de gestion en ressources informationnelles (PGRI)	S.O.	Transmission dans les délais	😊	PTPARI, PARI, ESP et BARRI transmis à l'Agence selon les échéanciers	
PLAN QUÉBÉCOIS DES INFRASTRUCTURES (PQI) 2013-2018						
	Respect des directives ministérielles touchant les infrastructures du RSSS	S.O.	Directives respectées	😊	Respect des directives	
STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE						
	Programme d'amélioration de l'efficacité de la consommation d'eau potable	S.O.	Reporté		Mise en œuvre des phases 1 et 2	

* MISE EN GARDE : Certains résultats de ce bilan pourraient différer suite à la production du rapport financier AS-471 (2013-2014)

Annexe 3

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs



**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS
DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SUD DE LANAUDIÈRE**

Adopté par le conseil d'administration le 6 novembre 2012

Table des matières

Préambule	3
1. Définitions.....	4
2. Dispositions générales	6
3. Principes d'éthique	7
4. Règles de déontologie.....	8
5. Règles concernant les intérêts	9
6. Application du code	13
7. Processus disciplinaire	14
8. Mise en vigueur, accessibilité et publicité du code	15

Préambule

Le centre de Santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière (CSSSSL) est un établissement multivocationnel responsable de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire du réseau local de santé et de services sociaux du Sud de la région de Lanaudière.

Le CSSSSL est administré par un conseil d'administration composé de dix-huit (18) personnes dont le directeur général.

Conscients des enjeux auxquels est confronté le CSSSSL, les administrateurs travaillent à développer une gouvernance fondée sur des principes de transparence, d'efficacité et d'imputabilité.

Dans un souci de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de leurs décisions, les administrateurs du CSSSSL adoptent le présent code d'éthique.

1. Définitions

Administrateur

Désigne un membre du conseil d'administration du CSSSSL incluant le directeur général de l'établissement.

Agence

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Code

Désigne le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs approuvé par le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière.

Conflit d'intérêts

Désigne toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur pourrait être porté à favoriser indûment l'intérêt d'une personne (y compris le sien, celui d'un membre de sa famille ou d'une personne à laquelle il est lié) au détriment de l'intérêt public ou celui du CSSSSL. Toute situation susceptible de porter atteinte à la loyauté, à l'intégrité ou au jugement de l'administrateur est également visée par la définition.

Conseil

Désigne le conseil d'administration du CSSSSL.

Conseiller en déontologie

Désigne la personne nommée par le conseil qui agit à titre de personne ressource auprès des administrateurs en matière de déontologie.

CSSSSL

Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière.

Directeur général

Désigne la personne qui occupe la fonction de directeur général du CSSSSL.

Intérêt

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

Information confidentielle

Toute information ayant trait au système de santé et de services sociaux ou toute information de nature stratégique qui n'est pas connue du public et qui, si elle était divulguée par un administrateur, serait susceptible de procurer un avantage indu à la personne qui reçoit l'information ou de compromettre la réalisation d'une orientation, d'une opération, d'un programme ou d'un projet du MSSS, de l'Agence ou du CSSSSL.

Personne liée

Personne liée à un administrateur, cette personne ayant un lien par le sang, le mariage, l'union civile, l'union de fait ou l'adoption. Aux fins du présent Code, est également une personne liée, l'enfant d'une personne ayant un lien avec l'administrateur par le mariage, l'union civile, l'union de fait ou l'adoption, un membre de sa famille immédiate vivant sous le même toit, la personne ou la société de personnes à laquelle un administrateur est associé, la personne morale dont l'administrateur détient directement ou indirectement 10% ou plus d'une catégorie de titres comportant droit de vote, la personne morale qui est contrôlée par l'administrateur ou par une personne liée au sens du présent paragraphe ou par un groupe de ces personnes agissant conjointement; toute personne qu'un administrateur pourrait être porté à favoriser en raison de sa relation avec un tiers, de son statut, de son titre ou autre.

Président du conseil

Désigne la personne qui occupe la fonction de président du conseil d'administration du CSSSSL.

2. Dispositions générales

Objet

Le présent code a pour objet d'établir les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux administrateurs du CSSSSL.

Les principes d'éthique énoncent les valeurs qui doivent en toute occasion guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.

Les règles de déontologie portent sur les devoirs, les responsabilités et les obligations des administrateurs.

Contexte juridique

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSSSL est établi en vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30) et conformément aux exigences du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics qui en découle (L.R.Q., c. M-30, a. 3.0.1). Il reflète et complète les dispositions de ces derniers.

L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par cette loi, ce règlement et le présent Code ainsi que ceux établis par le Code de déontologie adopté par l'ordre professionnel auquel il appartient, le cas échéant. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent. Sa conduite doit pouvoir résister à l'examen public le plus minutieux.

Approbation et révision

Conformément à la Loi sur le Ministère du Conseil exécutif et à l'article 181.0.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil approuve le présent Code sur recommandations du comité de gouvernance et d'éthique, lequel en assure la révision périodique.

Interprétation

Dans le présent Code, l'interdiction de poser un geste inclut la tentative de poser ce geste, et toute participation ou incitation à le poser.

Champ d'application

Tout administrateur du conseil d'administration est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code.

Tout administrateur est en outre tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

3. Principes d'éthique

- L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions agit avec intégrité, dignité, honnêteté et probité. Il adhère aux valeurs organisationnelles du CSSSSL et favorise le développement d'une culture de l'éthique au sein du CSSSSL et de son conseil.
- L'administrateur entretient des relations interpersonnelles fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- L'administrateur contribue à la réalisation de la mission et de la vision du CSSSSL en mettant à profit ses connaissances, ses aptitudes, ses expériences, en faisant preuve de diligence et de prudence.
- L'administrateur exerce un jugement indépendant et impartial dans le meilleur intérêt du CSSSSL et de ses clientèles.
- L'administrateur participe activement aux activités du conseil et maintient à jour ses connaissances. Il se prépare aux rencontres, fait preuve d'assiduité, et contribue aux délibérations au meilleur de sa compétence.

4. Règles de déontologie

Règles générales

L'administrateur :

- Prend connaissance de la section I.1 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics afin de se conformer aux règles de déontologie qui lui sont applicables (annexe 1).
- Prend connaissance du présent Code et s'engage à le respecter. Il signe à cet effet un formulaire d'engagement (annexe 2).
- Reconnaît que le conseil doit rendre compte de ses décisions à la population. Il doit être en mesure de justifier la conduite qu'il adopte dans l'exercice de ses fonctions et faire preuve de transparence.
- Agit avec impartialité et participe, dans un esprit de concertation, à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations stratégiques du CSSSSL.
- Prend des décisions indépendamment de toute considération politique partisane.
- Fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.
- Dissocie de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
- Est solidaire des décisions prises par le conseil.
- Ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même, une personne qui lui est liée ou un tiers.

5. Règles concernant les intérêts

Les mesures de prévention

- L'administrateur doit prévenir tout conflit d'intérêts réel ou potentiel et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil.
- L'administrateur doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- L'administrateur, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique, d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.

- Tout administrateur, autre que le directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait, pour cet administrateur, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (chapitre V-1.1).

- Tout administrateur, autre que le directeur général, doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec le Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires. (Annexe 3)
- Tout administrateur, autre que le directeur général, doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec le CSSSSL. (Annexe 3)
- Le directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement.
Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.
- Le directeur général doit, dans les soixante (60 jours) suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires

qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement.

Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination. (Annexe 4)

- Le directeur général doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires. (Annexe 4)
- Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement ou sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

Identification de situations de conflits d'intérêts

- L'administrateur doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflits d'intérêts réels ou potentiels. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un administrateur :
 - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent être défavorablement affectés;
 - N'est pas indépendant comme membre du conseil d'administration pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
 - Ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.
- L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière selon les modalités reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du CSSSSL ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions.

Pratiques interdites liées à la rémunération

- L'administrateur ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment est considéré un avantage prohibé, tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

- L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.
- L'administrateur ne doit verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- L'administrateur qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Les devoirs et obligations de l'après-mandat

- L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
- L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieurs d'administrateur.
- L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement ou y exerce sa profession, de solliciter un emploi auprès du CSSSSL.

Déclaration d'intérêts

- Chaque administrateur doit remettre au secrétaire du conseil, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination et au 1^{er} avril de chaque année où il demeure en fonction, une déclaration relative aux intérêts et autres fonctions rédigée dans la forme prévue. Cette déclaration vise à divulguer les informations suivantes :
 - Les intérêts financiers détenus à titre de créancier, d'actionnaire, de détenteur de parts ou d'options, de propriétaire ou autrement, dans une entreprise, une société, une association ou un organisme, à but lucratif ou sans but lucratif, dont le domaine d'activité est, ou est susceptible d'être lié à ceux du CSSSSL.
 - Les conseils d'administration auxquels il siège, le nom de l'entreprise, de la société, de l'association ou de l'organisme et son champ d'activité. (Annexe 3)
 - Toute situation sur les plans personnel, professionnel ou philanthropique touchant une personne liée ou lui-même, qu'il y aurait lieu d'évaluer afin de déterminer si elle est susceptible de créer un conflit avec l'exercice de ses fonctions ou de susciter une controverse ou un doute raisonnable. (Annexe 3)

- Chacun des administrateurs produit une déclaration même s'il n'a pas d'intérêt ou de situation particulière à divulguer et la remet au secrétaire du conseil. (Annexe 3)

Modification d'intérêts en cours de mandat

- L'administrateur doit informer le président du conseil de toute modification à sa déclaration relative aux intérêts et autres fonctions dans la forme prévue, et ce, dans les trente (30) jours suivant la survenance d'un changement significatif au contenu de sa dernière déclaration d'intérêts.

Dans le cas du président du conseil, toute modification doit être signalée au secrétaire.

Une déclaration de modification d'intérêts communiquée verbalement par un administrateur et consignée au procès-verbal d'une rencontre du conseil tient lieu de déclaration écrite. (Annexe 3)

Abstention

- Lorsqu'il est établi qu'un administrateur est en conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent en cours de mandat, ce dernier doit s'abstenir de participer à toute délibération ou à tout vote du conseil sur une question liée aux intérêts qu'il détient et ne doit tenter en aucune façon d'influencer la décision s'y rapportant.

Il doit se retirer de la réunion du conseil pour la durée des délibérations et du vote sur cette question. Le procès-verbal doit faire état de son absence ou de son abstention de participer aux discussions.

Le président du conseil peut décider de toute mesure additionnelle jugée appropriée pour assurer la primauté de l'intérêt public et préserver l'intégrité du CSSSSL et la confiance du public.

Traitement confidentiel

- Le secrétaire du conseil joint au dossier personnel de chaque administrateur toutes les déclarations relatives aux intérêts et autres fonctions et toutes modifications de ces déclarations reçues. Ces documents sont conservés en sécurité au secrétariat de la direction générale du CSSSSL.
- Le président du conseil, le conseiller en déontologie, au besoin, les membres du comité de gouvernance et d'éthique sont les seules personnes ayant accès aux déclarations d'intérêts des administrateurs, et doivent en assurer la confidentialité.

6. Application du code

Rôle du président du conseil

- Le président du conseil est responsable de l'application du présent Code par les administrateurs. Il s'assure du traitement des déclarations de conflits d'intérêts par le secrétaire du conseil. À cette fin, celui-ci peut prendre avis auprès du comité de gouvernance et d'éthique et/ou du conseiller en déontologie.

Dans l'éventualité où le président du conseil est informé par le secrétaire qu'il y a une ou des situations de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent, il doit entreprendre des mesures visant la résolution du conflit.

- Le président a le pouvoir de statuer qu'un membre doit s'abstenir de proposer, de délibérer et de voter sur une question donnée et qu'il doit se retirer de la salle où siège le conseil lorsque cette question est traitée.
- Tout membre du conseil peut soulever la possibilité que le président lui-même soit en conflit d'intérêts; le cas échéant et advenant que le président ne reconnaisse pas être en conflit d'intérêts, la question est automatiquement soumise aux voix : un vote des deux tiers (2/3) des membres présents est nécessaire pour que l'énoncé du membre devienne la position du conseil.

Rôle du comité de gouvernance et d'éthique

- Le comité de gouvernance et d'éthique a pour fonction d'examiner toute situation de conflits d'intérêts d'un administrateur susceptible d'affecter son indépendance et faire les recommandations au conseil d'administration. À cette fin, il s'associe la collaboration du conseiller en déontologie.

Conseiller en déontologie

- Le secrétaire du conseil d'administration ou toute autre personne nommée par le conseil agit comme conseiller en déontologie. Ce dernier est chargé :
 - D'informer les administrateurs quant au contenu et aux modalités d'application du code.
 - De conseiller les administrateurs en matière d'éthique et de déontologie.
 - De faire enquête sur réception d'allégations, d'irrégularités et de faire rapport au comité de gouvernance et d'éthique.
 - De faire publier dans le rapport annuel du CSSSSL le Code ainsi que les renseignements prévus selon la Loi sur la santé et les services sociaux.

7. Processus disciplinaire

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu au présent Code d'éthique constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code d'éthique en saisit le président du comité de gouvernance et d'éthique ou s'il s'agit de ce dernier, un membre de ce même comité.

Le comité de gouvernance et d'éthique détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

L'enquête doit être conduite de manière confidentielle par le conseiller en déontologie et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent Code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné ou à l'expiration du délai dont bénéficie l'administrateur visé, transmet au conseil d'administration un rapport confidentiel contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction.

Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours à la déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer ou imposer les sanctions.

8. Mise en vigueur, accessibilité et publicité du code

Le Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.

Le Code d'éthique et de déontologie est accessible au public en tout temps et disponible au bureau de la direction générale.

Le Code d'éthique et de déontologie doit être publié dans le rapport annuel de l'établissement.

Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- du nom des administrateurs ayant été suspendus ou déchus de charge.

L.R.Q., chapitre M-30

LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF**SECTION I.1****ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE**§ 1. — *Administrateurs publics*

3.0.1. Les administrateurs publics sont soumis aux normes d'éthique et de déontologie, y compris celles relatives à la rémunération, édictées par règlement du gouvernement.

Sont administrateurs publics:

1° les membres du conseil d'administration et les membres des organismes et entreprises du gouvernement au sens de la Loi sur le vérificateur général (chapitre V-5.01), autres qu'une personne morale dont les actions comportant le droit de vote sont détenues à moins de 100% par un organisme ou une entreprise du gouvernement lui-même visé par le présent paragraphe, ainsi que les titulaires de charges administratives prévues par la loi dans ces organismes et entreprises;

2° les personnes nommées ou désignées par le gouvernement ou par un ministre dans tout organisme ou entreprise qui n'est pas un organisme public au sens de la Loi sur le vérificateur général et auxquelles le paragraphe 1° ne s'applique pas.

Les personnes déjà régies par des normes d'éthique ou de déontologie en vertu de la Loi sur la fonction publique (chapitre F-3.1.1) sont de plus soumises aux normes prises en application de la présente section lorsqu'elles occupent des fonctions d'administrateurs publics.

Les juges des tribunaux au sens de la Loi sur les tribunaux judiciaires (chapitre T-16), les organismes dont l'ensemble des membres sont des juges de la Cour du Québec, le Conseil de la magistrature et le comité de la rémunération des juges de la Cour du Québec et des cours municipales ne sont pas visés par le présent article. Ne sont pas non plus visés le comité de la rémunération des procureurs aux poursuites criminelles et pénales, le Conseil de la justice administrative, le Tribunal administratif du Québec et ses membres, les organismes juridictionnels à l'égard desquels la loi donne compétence au Conseil pour entendre les plaintes contre un de leurs membres pour un manquement à la déontologie, non plus que les membres de ces organismes.

1997, c. 6, a. 1; 1997, c. 43, a. 361; 1997, c. 84, a. 9; 2011, c. 31, a. 20.

3.0.2. Les règlements pris en application de l'article 3.0.1 peuvent:

1° prévoir des normes adaptées selon les différentes catégories d'organismes, d'entreprises ou de personnes visées ou qui peuvent ne s'appliquer qu'à certaines catégories d'entre elles;

2° prévoir les règles que les administrateurs publics sont tenus de respecter après l'expiration de leur mandat et la durée de cette obligation;

3° régir ou interdire certaines pratiques reliées à la rémunération des administrateurs publics;

4° obliger les membres du conseil d'administration ou les membres d'un organisme ou d'une entreprise du gouvernement visé au paragraphe 1° du deuxième alinéa de l'article 3.0.1 à établir, dans le respect des normes que ces règlements édictent, un code d'éthique et de déontologie applicable aux personnes visées par ce paragraphe et préciser les matières sur lesquelles ces codes doivent porter; ces codes peuvent prévoir des normes adaptées aux différentes catégories de personnes visées ou qui peuvent ne s'appliquer qu'à certaines catégories d'entre elles;

5° établir les instances et la procédure d'examen et d'enquête concernant les allégations et les situations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à la loi, aux règlements et aux codes d'éthique et de déontologie, et prévoir les sanctions appropriées ainsi que les autorités chargées de les déterminer ou de les imposer;

6° déterminer dans quels cas et selon quelles modalités un administrateur public peut être relevé provisoirement de ses fonctions.

Le gouvernement peut, par règlement et dans les conditions qu'il fixe, ajouter au mandat d'une instance déjà existante ou de ses membres celui confié en vertu du paragraphe 5° du premier alinéa.

L'organisme ou l'entreprise du gouvernement doit rendre le code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

Le rapport annuel doit en outre faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, de leur décision et des sanctions imposées par l'autorité compétente ainsi que du nom des administrateurs publics révoqués ou suspendus au cours de l'année.

1997, c. 6, a. 1.

§ 2. — *Organismes et entreprises du gouvernement*

3.0.3. Les membres du conseil d'administration et les membres d'un organisme ou d'une entreprise du gouvernement qui n'est pas visé au paragraphe 1° du deuxième alinéa de l'article 3.0.1 doivent établir un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable.

Les membres du conseil d'administration et les membres des organismes et des entreprises du gouvernement doivent établir un code d'éthique et de déontologie applicable aux personnes qui, à la demande de l'organisme ou de l'entreprise, agissent comme administrateurs ou membres d'organismes ou d'entreprises qui ne sont pas des organismes ou des entreprises du gouvernement.

Ces codes portent sur les devoirs et obligations des personnes visées et peuvent prévoir des normes adaptées aux différentes catégories de personnes visées ou qui peuvent ne s'appliquer qu'à certaines catégories d'entre elles. Ils doivent entre autres:

1° traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

2° traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

3° régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes;

4° traiter des devoirs et obligations de ces personnes même après qu'elles ont cessé d'exercer leurs fonctions;

5° prévoir des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de l'application du code et la possibilité de sanctions.

Les organismes et les entreprises du gouvernement doivent rendre ces codes accessibles au public et les publier dans leur rapport annuel.

Les rapports annuels doivent en outre faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, de leur décision et des sanctions imposées par l'autorité compétente ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année.

1997, c. 6, a. 1.

§ 3. — *Secteurs de l'éducation, de la santé et des services sociaux*

3.0.4. Les membres du conseil d'administration, ou de ce qui en tient lieu, d'un organisme ci-après mentionné doivent établir un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable:

1° tout établissement d'enseignement de niveau universitaire visé aux paragraphes 1° à 11° de l'article 1 de la Loi sur les établissements d'enseignement de niveau universitaire (chapitre E-14.1);

2° tout collège d'enseignement général et professionnel institué en vertu de la Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel (chapitre C-29);

3° tout établissement privé agréé aux fins de subventions en vertu de la Loi sur l'enseignement privé (chapitre E-9.1);

4° tout autre établissement d'enseignement dont plus de la moitié des dépenses de fonctionnement sont payées sur les crédits apparaissant au budget de dépenses déposé à l'Assemblée nationale;

5° tout établissement public ou privé conventionné visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

6° le conseil régional institué par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

Le code porte sur les devoirs et obligations des personnes visées et peut prévoir des normes adaptées aux différentes catégories de personnes visées ou qui peuvent ne s'appliquer qu'à certaines catégories d'entre elles. Il doit entre autres:

1° traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

2° traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

3° régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes;

4° traiter des devoirs et obligations de ces personnes même après qu'elles ont cessé d'exercer leurs fonctions;

5° prévoir des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de l'application du code et la possibilité de sanctions.

L'établissement, le collège ou le conseil doit rendre le code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

Le rapport annuel doit en outre faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, de leur décision et des sanctions imposées par l'autorité compétente ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année.

1997, c. 6, a. 1; 2000, c. 8, a. 239; 2001, c. 24, a. 109.

§ 4. — *Dispositions diverses*

3.0.5. Les personnes et les autorités qui, en application de la présente section, sont chargées de faire l'examen ou 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, ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

1997, c. 6, a. 1.

3.0.6. Quiconque reçoit un avantage comme suite à un manquement à une norme d'éthique ou de déontologie établie en application de la présente section est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

1997, c. 6, a. 1.

c. M-30, r. 1

Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics

Loi sur le ministère du Conseil exécutif
(L.R.Q., c. M-30, a. 3.0.1)

CHAPITRE I **OBJET ET CHAMP D'APPLICATION**

1. Le présent règlement a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrations et les administrateurs publics.

D. 824-98, a. 1.

2. Le présent règlement s'applique aux administrateurs publics.

Sont administrateurs publics:

- 1° les membres du conseil d'administration et les membres des organismes et entreprises du gouvernement au sens de la Loi sur le vérificateur général (L.R.Q., c. V-5.01), autres qu'une personne morale dont les actions comportant le droit de vote sont détenues à moins de 100% par un organisme ou une entreprise du gouvernement lui-même visé par le présent paragraphe, ainsi que les titulaires de charges administratives prévues par la loi dans ces organismes et entreprises;
- 2° les personnes nommées ou désignées par le gouvernement ou par un ministre dans tout organisme ou entreprise qui n'est pas un organisme public au sens de la Loi sur le vérificateur général et auxquelles le paragraphe 1 ne s'applique pas.

Les personnes déjà régies par des normes d'éthique ou de déontologie en vertu de la Loi sur la fonction publique (L.R.Q., c. F-3.1.1) sont de plus soumises au présent règlement lorsqu'elles occupent des fonctions d'administrateurs publics.

Le présent règlement ne s'applique pas aux juges des tribunaux au sens de la Loi sur les tribunaux judiciaires (L.R.Q., c. T-16), aux organismes dont l'ensemble des membres sont des juges de la Cour du Québec, au Conseil de la magistrature ni au comité de la rémunération des juges de la Cour du Québec et des cours municipales.

Il ne s'applique pas non plus au Conseil de la justice administrative, au Tribunal administratif du Québec et ses membres, aux organismes juridictionnels à l'égard desquels la loi donne compétence au Conseil pour entendre les plaintes contre un de leurs membres pour un manquement à la déontologie, non plus qu'aux membres de ces organismes.

D. 824-98, a. 2.

3. Pour l'application du présent règlement, sont assimilés à des conseils d'administration les conseils et autres organismes collégiaux.

De même, est assimilé à un président de conseil d'administration toute personne qui remplit des fonctions qui équivalent aux siennes.

D. 824-98, a. 3.

CHAPITRE II

PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES GÉNÉRALES DE DÉONTOLOGIE

4. Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens.

Leur contribution doit être faite, dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

D. 824-98, a. 4.

5. L'administrateur public est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent règlement, ainsi que ceux établis dans le code d'éthique et de déontologie qui lui est applicable. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

Il doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit de plus organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

L'administrateur public qui, à la demande d'un organisme ou d'une entreprise du gouvernement, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.

D. 824-98, a. 5.

6. L'administrateur public est tenu à la discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information ainsi reçue.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur public représentant ou lié à un groupe d'intérêts 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.

D. 824-98, a. 6.

7. L'administrateur public doit, dans l'exercice de ses fonctions, prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

D. 824-98, a. 7.

8. Le président du conseil d'administration, le premier dirigeant d'un organisme ou d'une entreprise et l'administrateur public à temps plein doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

D. 824-98, a. 8.

9. L'administrateur public doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

Il doit dénoncer à l'organisme ou à l'entreprise dans lequel il est nommé ou désigné tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'organisme ou l'entreprise, en indiquant, le cas échéant, leur nature et leur valeur.

Sous réserve de l'article 6, l'administrateur public nommé ou désigné dans un autre organisme ou entreprise doit aussi faire cette dénonciation à l'autorité qui l'a nommé ou désigné.

D. 824-98, a. 9.

10. L'administrateur public à temps plein ne peut, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'organisme ou de l'entreprise dans lequel il est nommé ou désigné. Toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

Tout autre administrateur public qui a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'organisme ou entreprise dans lequel il est nommé ou désigné doit, sous peine de révocation, dénoncer par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatifs à cette question.

Le présent article n'a toutefois pas pour effet d'empêcher un administrateur public de se prononcer sur des mesures d'application générale relatives aux conditions de travail au sein de l'organisme ou de l'entreprise par lesquelles il serait aussi visé.

D. 824-98, a. 10.

11. L'administrateur public ne doit pas confondre les biens de l'organisme ou de l'entreprise avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

D. 824-98, a. 11.

12. L'administrateur public ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur public représentant ou lié à un groupe d'intérêts 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.
D. 824-98, a. 12.

13. L'administrateur public à temps plein doit exercer ses fonctions de façon exclusive sauf si l'autorité qui l'a nommé ou désigné le nomme ou le désigne aussi à d'autres fonctions. Il peut, toutefois, avec le consentement du président du conseil d'administration, exercer des activités didactiques pour lesquelles il peut être rémunéré et des activités non rémunérées dans des organismes sans but lucratif.

Le président du conseil d'administration peut pareillement être autorisé par le secrétaire général du Conseil exécutif. Toutefois, le président du conseil d'administration d'un organisme ou d'une entreprise du gouvernement qui détient 100% des actions d'un autre organisme ou entreprise du gouvernement est l'autorité qui peut donner une telle autorisation au président du conseil d'administration de ce dernier organisme ou entreprise.
D. 824-98, a. 13.

14. L'administrateur public ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.
D. 824-98, a. 14.

15. L'administrateur public ne peut, directement ou indirectement, accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.
D. 824-98, a. 15.

16. L'administrateur public doit, dans la prise de ses décisions, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.
D. 824-98, a. 16.

17. L'administrateur public qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de l'organisme ou de l'entreprise.
D. 824-98, a. 17.

18. L'administrateur public qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'organisme ou l'entreprise pour lequel il a travaillé, ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'organisme ou l'entreprise pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

Les administrateurs publics d'un organisme ou d'une entreprise visé au deuxième alinéa ne peuvent traiter, dans les circonstances qui sont prévues à cet alinéa, avec l'administrateur public qui y est visé dans l'année où celui-ci a quitté ses fonctions.

D. 824-98, a. 18.

19. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les administrateurs publics de l'organisme ou de l'entreprise.

D. 824-98, a. 19.

CHAPITRE III

ACTIVITÉS POLITIQUES

20. L'administrateur public à temps plein, le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme ou d'une entreprise qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

D. 824-98, a. 20.

21. Le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme ou d'une entreprise qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.

D. 824-98, a. 21.

22. L'administrateur public à temps plein qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

D. 824-98, a. 22.

23. L'administrateur public à temps plein qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

D. 824-98, a. 23.

24. L'administrateur public à temps plein qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 22 ou à l'article 23 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30^e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30^e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

D. 824-98, a. 24.

25. L'administrateur public à temps plein dont le mandat est à durée déterminée, qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection, doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur public.

Celui qui est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel doit, si cette charge est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, se démettre de ses fonctions d'administrateur public.

D. 824-98, a. 25.

26. L'administrateur public à temps plein dont le mandat est à durée indéterminée et qui est élu à une charge publique a droit à un congé non rémunéré pour la durée de son premier mandat électif.

D. 824-98, a. 26.

CHAPITRE IV **RÉMUNÉRATION**

27. L'administrateur public n'a droit, pour l'exercice de ses fonctions, qu'à la seule rémunération reliée à celles-ci. Cette rémunération ne peut comprendre, même en partie, des avantages pécuniaires tels ceux établis notamment par des mécanismes d'intéressement basés sur la variation de la valeur des actions ou sur la participation au capital actions de l'entreprise.

D. 824-98, a. 27.

28. L'administrateur public révoqué pour une cause juste et suffisante ne peut recevoir d'allocation ni d'indemnité de départ.

D. 824-98, a. 28.

29. L'administrateur public qui a quitté ses fonctions, qui a reçu ou qui reçoit une allocation ou une indemnité de départ et qui occupe une fonction, un emploi ou tout autre poste rémunéré dans le secteur public pendant la période correspondant à cette allocation ou indemnité doit rembourser la partie de l'allocation ou de l'indemnité couvrant la période pour laquelle il reçoit un traitement, ou cesser de la recevoir durant cette période.

Toutefois, si le traitement qu'il reçoit est inférieur à celui qu'il recevait antérieurement, il n'a à rembourser l'allocation ou l'indemnité que jusqu'à concurrence du nouveau traitement, ou il peut continuer à recevoir la partie de l'allocation ou de l'indemnité qui excède son nouveau traitement.

D. 824-98, a. 29.

30. Quiconque a reçu ou reçoit une allocation ou une indemnité de départ du secteur public et reçoit un traitement à titre d'administrateur public pendant la période correspondant à cette allocation ou indemnité doit rembourser la partie de l'allocation ou de l'indemnité couvrant la période pour laquelle il reçoit un traitement, ou cesser de la recevoir durant cette période.

Toutefois, si le traitement qu'il reçoit à titre d'administrateur public est inférieur à celui qu'il recevait antérieurement, il n'a à rembourser l'allocation ou l'indemnité que jusqu'à concurrence du nouveau

traitement, ou il peut continuer à recevoir la partie de l'allocation ou de l'indemnité qui excède son nouveau traitement.

D. 824-98, a. 30.

31. L'administrateur public à temps plein qui a cessé d'exercer ses fonctions, qui a bénéficié de mesures dites de départ assisté et qui, dans les 2 ans qui suivent son départ, accepte une fonction, un emploi ou tout autre poste rémunéré dans le secteur public doit rembourser la somme correspondant à la valeur des mesures dont il a bénéficié jusqu'à concurrence du montant de la rémunération reçue, du fait de ce retour, durant cette période de 2 ans.

D. 824-98, a. 31.

32. L'exercice à temps partiel d'activités didactiques par un administrateur public n'est pas visé par les articles 29 à 31.

D. 824-98, a. 32.

33. Pour l'application des articles 29 à 31, «secteur public» s'entend des organismes, des établissements et des entreprises visés par l'annexe.

La période couverte par l'allocation ou l'indemnité de départ visée aux articles 29 et 30 correspond à celle qui aurait été couverte par le même montant si la personne l'avait reçue à titre de traitement dans sa fonction, son emploi ou son poste antérieur.

D. 824-98, a. 33.

CHAPITRE V

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

34. Les membres du conseil d'administration de chaque organisme et entreprise du gouvernement doivent se doter d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par le présent règlement.

D. 824-98, a. 34.

35. Le code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie de l'organisme ou de l'entreprise.

Les principes d'éthique tiennent compte de la mission de l'organisme ou de l'entreprise, des valeurs qui sous-tendent son action et de ses principes généraux de gestion.

Les règles de déontologie portent sur les devoirs et obligations des administrateurs publics. Elles les explicitent et les illustrent de façon indicative. Elles doivent notamment traiter:

- 1° des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts détenus par les administrateurs publics;
- 2° de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

3° des devoirs et obligations des administrateurs publics même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions.
D. 824-98, a. 35.

36. Chaque organisme ou entreprise doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations fournies par les administrateurs publics en application du présent règlement.
D. 824-98, a. 36.

CHAPITRE VI

PROCESSUS DISCIPLINAIRE

37. Aux fins du présent chapitre, l'autorité compétente pour agir est le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif lorsque c'est le président du conseil d'administration ou un administrateur public nommé ou désigné par le gouvernement ou un ministre qui est en cause.

Le président du conseil d'administration est l'autorité compétente pour agir à l'égard de tout autre administrateur public.

Toutefois, le président du conseil d'administration d'un organisme ou d'une entreprise du gouvernement qui détient 100% des actions d'un autre organisme ou entreprise du gouvernement est l'autorité compétente pour agir à l'égard du président du conseil d'administration de ce dernier organisme ou entreprise sauf s'il en est lui-même le président.
D. 824-98, a. 37.

38. L'administrateur public à qui l'on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, par l'autorité compétente, 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.
D. 824-98, a. 38.

39. L'autorité compétente fait part à l'administrateur public des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les 7 jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.
D. 824-98, a. 39.

40. Sur conclusion que l'administrateur public a contrevenu à la loi, au présent règlement ou au code d'éthique et de déontologie, l'autorité compétente lui impose une sanction.

Toutefois, lorsque l'autorité compétente est le secrétaire général associé visé à l'article 37, la sanction est imposée par le secrétaire général du Conseil exécutif. En outre, si la sanction proposée consiste en la révocation d'un administrateur public nommé ou désigné par le gouvernement, celle-ci ne peut être imposée que par ce dernier; dans ce cas, le secrétaire général du Conseil exécutif peut immédiatement suspendre sans rémunération l'administrateur public pour une période d'au plus 30 jours.

D. 824-98, a. 40.

41. La sanction qui peut être imposée à l'administrateur public est la réprimande, la suspension sans rémunération d'une durée maximale de 3 mois ou la révocation.

D. 824-98, a. 41.

42. Toute sanction imposée à un administrateur public, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

D. 824-98, a. 42.

CHAPITRE VII

DISPOSITIONS DIVERSES

43. L'obligation faite, par l'article 34, aux organismes et entreprises du gouvernement de se doter d'un code d'éthique et de déontologie doit être exécutée au plus tard le 1^{er} septembre 1999, et dans l'année de leur constitution pour les organismes et entreprises constitués après le 31 août 1998.

D. 824-98, a. 43.

44. Les articles 29, 30 et 31 s'appliquent aux retours dans le secteur public effectués après le 31 août 1998.

D. 824-98, a. 44.

45. Malgré le cinquième alinéa de l'article 2, les dispositions du présent règlement, à l'exception du chapitre III, des articles 34 et 35 et du chapitre VI, s'appliquent en ce qui concerne les personnes et organismes suivants:

- 1° au Tribunal administratif du Québec et à ses membres, jusqu'à la date d'entrée en vigueur du code de déontologie édicté sous l'autorité de l'article 180 de la Loi sur la justice administrative (L.R.Q., c. J-3);
- 2° à la Régie du logement et à ses régisseurs, jusqu'à la date d'entrée en vigueur du code de déontologie adopté sous l'autorité de l'article 8 de la Loi sur la Régie du logement (L.R.Q., c. R-8.1), et dont le contenu est précisé à l'article 8.1 de la loi, édicté par l'article 605 de la Loi sur l'application de la Loi sur la justice administrative (L.Q. 1997, c. 43);
- 3° à la Commission des lésions professionnelles et à ses membres, jusqu'à la date d'entrée en vigueur du code de déontologie adopté sous l'autorité de l'article 413 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c. A-3.001) édicté par l'article 24 de la Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives (L.Q. 1997, c. 27).

Les dispositions à observer concernant le traitement des plaintes contre les personnes visées au premier alinéa relativement à un manquement au présent règlement, les sanctions à leur imposer lorsque le manquement est avéré et les autorités chargées d'appliquer ces dispositions sont:

- 1° pour les membres du Tribunal administratif du Québec, celles prévues par la Loi sur la justice administrative;
- 2° pour les régisseurs de la Régie du logement, celles édictées par la Loi sur la Régie du logement et les références au «ministre» aux articles 186, 190, 191 et 192 de la Loi sur la justice administrative s'entendent du ministre chargé de l'application du titre I de la Loi sur la Régie du logement;
- 3° pour les membres de la Commission des lésions professionnelles, celles édictées par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et les références au «ministre» aux articles 186, 190, 191 et 192 de la Loi sur la justice administrative s'entendent du ministre chargé de l'application de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

D. 824-98, a. 45.

46. (*Omis*).

D. 824-98, a. 46.

ANNEXE au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics

(a. 33)

SECTEUR PUBLIC

1. Le gouvernement et ses ministères, le Conseil exécutif et le Conseil du trésor.
2. Le personnel du lieutenant-gouverneur, l'Assemblée nationale, le protecteur du citoyen, toute personne que l'Assemblée nationale désigne pour exercer une fonction qui en relève lorsque la loi prévoit que son personnel est nommé suivant la Loi sur la fonction publique (L.R.Q., c. F-3.1.1) et tout organisme dont l'Assemblée nationale ou l'une de ses commissions nomme la majorité des membres.
3. Tout organisme qui est institué par une loi, ou en vertu d'une loi, ou par une décision du gouvernement, du Conseil du trésor ou d'un ministre et qui satisfait à l'une des conditions suivantes:
 - 1° tout ou partie de ses crédits de fonctionnement apparaissent sous ce titre, dans les prévisions budgétaires déposées devant l'Assemblée nationale;
 - 2° la loi ordonne que son personnel soit nommé suivant la Loi sur la fonction publique;
 - 3° le gouvernement ou un ministre nomme au moins la moitié de ses membres ou administrateurs et au moins la moitié de ses frais de fonctionnement sont assumés directement ou indirectement par le fonds consolidé du revenu ou les autres fonds administrés par un organisme visé à l'article 1 ou 2 de la présente annexe ou les deux à la fois.
4. Le curateur public.
5. Tout organisme, autre que ceux mentionnés aux articles 1, 2 et 3 de la présente annexe, institué par une loi, ou en vertu d'une loi, ou par une décision du gouvernement, du Conseil du trésor, ou d'un ministre et dont au moins la moitié des membres ou administrateurs sont nommés par le gouvernement ou un ministre.
6. Toute société à fonds social, autre qu'un organisme mentionné à l'article 3 de la présente annexe, dont plus de 50% des actions comportant le droit de vote font partie du domaine de l'État ou sont détenues en propriété par un organisme visé aux articles 1 à 3 et 5 de la présente annexe ou par une entreprise visée au présent article.
7. Tout établissement d'enseignement de niveau universitaire visé aux paragraphes 1 à 11 de l'article 1 de la Loi sur les établissements d'enseignement de niveau universitaire (L.R.Q., c. E-14.1).

8. Tout collège d'enseignement général et professionnel institué en vertu de la Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel (L.R.Q., c. C-29).

9. Toute commission scolaire visée par la Loi sur l'instruction publique (L.R.Q., c. I-13.3) ou par la Loi sur l'instruction publique pour les autochtones cris, inuit et naskapis (L.R.Q., c. I-14), ainsi que le Conseil de gestion de la taxe scolaire de l'île de Montréal.

10. Tout établissement privé agréé aux fins de subventions en vertu de la Loi sur l'enseignement privé (L.R.Q., c. E-9.1).

11. Tout autre établissement d'enseignement dont plus de la moitié des dépenses de fonctionnement sont payées sur les crédits apparaissant aux prévisions budgétaires déposées à l'Assemblée nationale.

12. Tout établissement public ou privé conventionné ainsi que toute agence visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

13. Le conseil régional institué par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5).

14. Toute municipalité, tout organisme que la loi déclare mandataire ou agent d'une municipalité et tout organisme dont le conseil d'administration est composé majoritairement de membres du conseil d'une municipalité, de même que tout organisme relevant autrement de l'autorité municipale.

15. Toute communauté métropolitaine, régie intermunicipale, société intermunicipale de transport en commun, tout conseil intermunicipal de transport, l'Administration régionale Kativik et tout autre organisme dont le conseil d'administration est formé majoritairement d'élus municipaux, à l'exclusion d'un organisme privé.

D. 824-98, Ann.

RÉFÉRENCES

D. 824-98, 1998 G.O. 2, 3474

L.Q. 2002, c. 75, a. 46

L.Q. 2005, c. 32, a. 309

ENGAGEMENT PERSONNEL DE L'ADMINISTRATEUR

Par la présente, je déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière et je m'engage à m'y conformer.

Signé à _____ le _____.

Signature de l'administrateur

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

d'un administrateur autre que le directeur général

Je, _____

déclare les intérêts suivants :

- 1- Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, les sociétés ou les entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'établissement mentionné ci-dessus ou qui sont susceptibles d'en faire.

NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES CONCERNÉES

- 2- 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 et qui est partie à un contrat avec l'établissement mentionné ci-dessus ou qui est susceptible de le devenir.

NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES CONCERNÉES

- 3- J'occupe les emplois suivants :

EMPLOIS

EMPLOYEURS

_____	_____
_____	_____
_____	_____

PRÉCISER L'EMPLOI ET NOMMER L'EMPLOYEUR

- 4- Situations personnelles et philanthropiques :

_____	_____
_____	_____

DÉCRIRE LES SITUATIONS

Signé à _____ le _____.

Signature de l'administrateur

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS du directeur général

Je, _____ directeur général du Centre de santé et de services sociaux du sud de Lanaudière **déclare les intérêts suivants :**

- 1- Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

NOMMER LES PERSONNES MORALES SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES AINSI QUE LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS

- 2- Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES CONCERNÉES

- 3- 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.

NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES AINSI QUE LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS

- 4- J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

EMPLOIS

EMPLOYEURS

_____	_____
_____	_____
_____	_____

PRÉCISER L'EMPLOI ET NOMMER L'EMPLOYEUR

Signé à _____ le _____.

Signature du directeur général