

Centre de santé et de services sociaux
du Nord de Lanaudière

2014-2015

Rapport annuel de gestion





Production : CSSS du Nord de Lanaudière, 2015

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015



Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Table des matières | 2 |
| Déclaration de fiabilité | 5 |
| Message du président-directeur général | 6 |
| Présentation de l'établissement | 8 |
| Mission..... | 8 |
| Vision..... | 8 |
| Valeurs..... | 9 |
| Nos installations | 10 |
| Comité de direction | 11 |
| Caractéristiques de la population et du territoire..... | 13 |
| Spécialités offertes..... | 17 |
| Orientations stratégiques 2011-2015 | 18 |
| Tableau de bord de suivi des objectifs organisationnels..... | 19 |
| Faits saillants 2014-2015 | 21 |
| Priorité 1 : Équilibre budgétaire..... | 21 |
| Priorité 2 : Amélioration de l'accessibilité..... | 21 |
| Priorité 3 : Améliorer le bien-être des intervenants | 23 |
| Priorité 4 : Diminution des infections nosocomiales | 25 |
| Priorité 5 : Déployer la stratégie de santé primaire : arrimage GMF et cliniques médicales, développement de la pratique professionnelle..... | 26 |
| Priorité 6 : Faire un virage accentué vers le soutien à domicile pour favoriser « le vieillir chez soi » | 27 |
| Priorité 7 : Poursuivre les travaux d'optimisation de la logistique sociosanitaire et déposer un plan triennal..... | 28 |
| Priorité 8 : Finaliser le projet clinique..... | 28 |
| Priorité 9 : Plan directeur clinique et immobilier : maison d'hébergement dans la communauté et buanderie..... | 28 |
| Enseignement médical | 30 |
| Unité de médecine familiale du Nord de Lanaudière..... | 31 |
| Agrément 2014 | 32 |

| | |
|---|-----------|
| L'année en événements | 34 |
| Entente de gestion et imputabilité | 36 |
| Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015 | 36 |
| Ressources humaines de l'établissement | 46 |
| Effectifs de l'établissement | 46 |
| Contrôle des effectifs | 47 |
| Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1 ^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015 | 47 |
| Relations avec la clientèle | 48 |
| Comité de révision | 52 |
| Satisfaction des usagers | 54 |
| États financier et analyse des résultats des opérations | 57 |
| Rapport de la direction | 57 |
| Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés | 58 |
| État des résultats (tous les fonds) (\$) | 60 |
| État des résultats (fonds d'exploitation) (\$) | 61 |
| État des surplus (déficits) cumulés (\$) | 62 |
| État de la situation financière (\$) | 63 |
| État de la variation des actifs nets (dette nette) (\$) | 64 |
| État des flux de trésorerie (\$) | 65 |
| Notes aux états financiers (montants présentés en \$) | 68 |
| État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant | 70 |
| Conseil d'administration | 73 |
| Composition | 73 |
| Comités du conseil d'administration | 77 |
| Comité de vérification et de gestion des ressources financières | 77 |
| Comité de vigilance et de la qualité | 79 |
| Comité de gestion des ressources humaines | 80 |
| Comité sur la gestion des ressources immobilières, informationnelles et des équipements | 82 |
| Comité de gouvernance et d'éthique | 83 |
| Comité de la responsabilité populationnelle et du capital social | 84 |
| Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens | 85 |
| Conseil des infirmières et infirmiers | 89 |



| | |
|---|------------|
| Conseil multidisciplinaire | 94 |
| Comité des usagers | 97 |
| Bureau d'éthique | 105 |
| Comité d'éthique clinique (CÉR)..... | 105 |
| Comité d'éthique de la recherche..... | 105 |
| Comité de gestion des risques et de la sécurité | 107 |
| Nos bénévoles | 111 |
| Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière | 112 |
| Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration | 114 |



Déclaration de fiabilité

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux du Nord 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 2015.

Le président-directeur général,

Daniel Castonguay

Message du président-directeur général



L'année 2014-2015, qui vient de se terminer, aura certainement été caractérisée par un défi de stabilisation des activités de l'ensemble de notre réseau de santé et de services sociaux régional, dans le cadre du dépôt de la consultation et de l'adoption du projet de Loi 10, lequel annonçait une vaste transformation du réseau.

Dans la région de Lanaudière, l'offre de service a été maintenue et, dans plusieurs cas, enrichie par plusieurs démarches d'optimisation et d'investissements, alors que nous avons composé avec une hausse démographique progressive qui s'annonce à plus de 18 % d'ici 2020.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (l'Agence), de concert avec les cinq établissements de la région, a assumé un leadership déterminant afin de soutenir l'arrivée de nouveaux médecins, intervenir activement dans l'amélioration des services de santé dans plusieurs domaines, accroître les services en santé mentale et aux jeunes en difficulté et, enfin, favoriser une qualité de services de mieux en mieux structurés auprès des aînés en perte d'autonomie. La région s'est également illustrée par le maintien et l'amélioration de l'offre de service pour les personnes présentant une déficience physique et une déficience intellectuelle, des problèmes de dépendance ou des difficultés liées à leur santé, et ce, conformément aux orientations ministérielles récentes et aux tendances déterminantes en matière de meilleures pratiques et d'outils cliniques probants.

Imminente et attendue, la transformation du réseau annoncée a fait l'objet d'une concertation soutenue et animée par les dirigeants de l'Agence et des établissements, donnant lieu à de nombreuses décisions régionales qui allaient préparer la mise en œuvre du nouveau réseau au 1^{er} avril 2015, au regard des offres de service des établissements et des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles.

Ce rapport annuel est présenté sous une forme intégrée, tout en respectant la reddition de compte prévue pour l'Agence et les cinq établissements du réseau de la santé et des services sociaux de Lanaudière. En conformité avec la forme attendue par le Ministère, il



intègre également les bilans des réalisations de chaque établissement et en illustre l'importance et les succès, les impacts et les défis afférents.

Il me fait donc plaisir de vous déposer les rapports annuels des établissements de Lanaudière pour 2014-2015 et de rendre compte fièrement des réalisations accomplies.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'D. Castonguay'.

Daniel Castonguay



Présentation de l'établissement

Mission

Le CSSS du Nord de Lanaudière a pour mission de contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population de son territoire. Pour ce faire, il s'intègre à la collectivité du Nord de Lanaudière et développe, avec ses partenaires, une offre de service adaptée à sa population, en misant sur des services de santé et des services sociaux de qualité, sécuritaires, accessibles, continus et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels.

En fonction des ressources disponibles, le CSSS du Nord de Lanaudière dispense, sur une base locale et parfois régionale, des services de prévention et de promotion de la santé, des services de santé et services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. Il assure également un milieu de vie de qualité pour la clientèle hébergée ainsi que des services de réadaptation à des clientèles spécifiques.

Par son rôle de coordonnateur du réseau local de services, le CSSS du Nord de Lanaudière consolide les fondements de la responsabilité populationnelle et mobilise tous les partenaires du réseau local de services afin d'assurer de façon conjointe et solidaire, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux à la population du territoire.

Le CSSS du Nord de Lanaudière appuie le développement durable des communautés et favorise la prise en charge de la santé par les citoyens.

Le CSSS du Nord de Lanaudière contribue de façon significative à l'enseignement, à la formation pratique interdisciplinaire, au développement de meilleures pratiques, tant administratives que cliniques ainsi qu'à la recherche.

Vision

À l'écoute de sa population et en collaboration avec ses partenaires, le CSSS du Nord de Lanaudière veut se distinguer par ses pratiques novatrices, sa performance et le haut niveau de mobilisation de ses intervenants.



Valeurs

Au CSSS du Nord de Lanaudière, des valeurs guident les employés, médecins et bénévoles dans leurs interventions.

Bienveillance

Développer, entretenir et maintenir des relations imprégnées de sollicitude, de respect, de prévenance, de politesse, de plaisir et d'humanisme.

Travail d'équipe

Être solidaire, participer à un groupe et y contribuer. Transcender ses intérêts individuels pour conjuguer les efforts et partager le plaisir et les fruits de l'activité collective. Il va de pair avec le sens du service et de la communauté.

Éthique et transparence

Informez sur son fonctionnement, ses pratiques, ses intentions, ses objectifs et ses résultats. S'assurer que les décisions prises et les actions entreprises le soient dans un contexte d'équité, d'intégrité et de transparence.

Innovation

Valoriser des solutions nouvelles dans l'action.

Nos installations

MRC DE D'AUTRAY

- CLSC de Berthier**
761, rue Notre-Dame
Berthierville (Québec) J0K 1A0
450 836-7011
- Centre d'hébergement
Alphonse-Rondeau**
419, rue Faust
Lanoraie (Québec) J0K 1E0
450 887-2343
- CLSC de Lavaltrie**
1400, rue Notre-Dame, bureau 203
Lavaltrie (Québec) J5T 1M6
450 586-1020
- CLSC de Saint-Gabriel**
30, rue Saint-Gabriel
Saint-Gabriel-de-Brandon (Québec) J0K 2N0
450 835-4707
- Centre d'hébergement Désy**
90, rue Maskinongé
Saint-Gabriel-de-Brandon (Québec) J0K 2N0
450 835-4712
- Centre d'hébergement Sainte-Élisabeth**
2410, rue Principale
Sainte-Élisabeth (Québec) J0K 2J0
450 759-8355

MRC DE JOLIETTE

- CLSC de Joliette**
380, boulevard Base-de-Roc
Joliette (Québec) J6E 9J6
450 755-2111
- Centre d'hébergement Saint-Eusèbe**
585, boulevard Manseau
Joliette (Québec) J6E 3E5
450 759-1662
- Centre de réadaptation en dépendance
de Lanaudière à Joliette**
256, rue Lavaltrie
Joliette (Québec) J6E 5X7
450 755-6655
- Centre hospitalier régional De Lanaudière**
1000, boulevard Sainte-Anne
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2
450 759-8222
- Centre d'hébergement Parphilia-Ferland**
1000, boulevard Sainte-Anne
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2
450 759-1764
- Unité de médecine familiale du Nord
de Lanaudière**
50, Chemin du Golf
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 2B4
450 759-3060

MRC DE MATAWINIE

- CLSC de Chertsey**
485, rue Dupuis
Chertsey (Québec) J0K 3K0
450 882-2488
- CLSC de Saint-Jean-de-Matha**
895, route Louis-Cyr
Saint-Jean-de-Matha (Québec) J0K 2S0
450 886-3861
- Centre d'hébergement du Piedmont**
895, route Louis-Cyr
Saint-Jean-de-Matha (Québec) J0K 2S0
450 886-0606
- CLSC de Saint-Donat**
377, rue du Foyer
Saint-Donat (Québec) J0T 2C0
819 424-1511
- Centre d'hébergement Saint-Donat**
430, rue Bellevue
Saint-Donat (Québec) J0T 2C0
819 424-2503

MRC DE MONTCALM

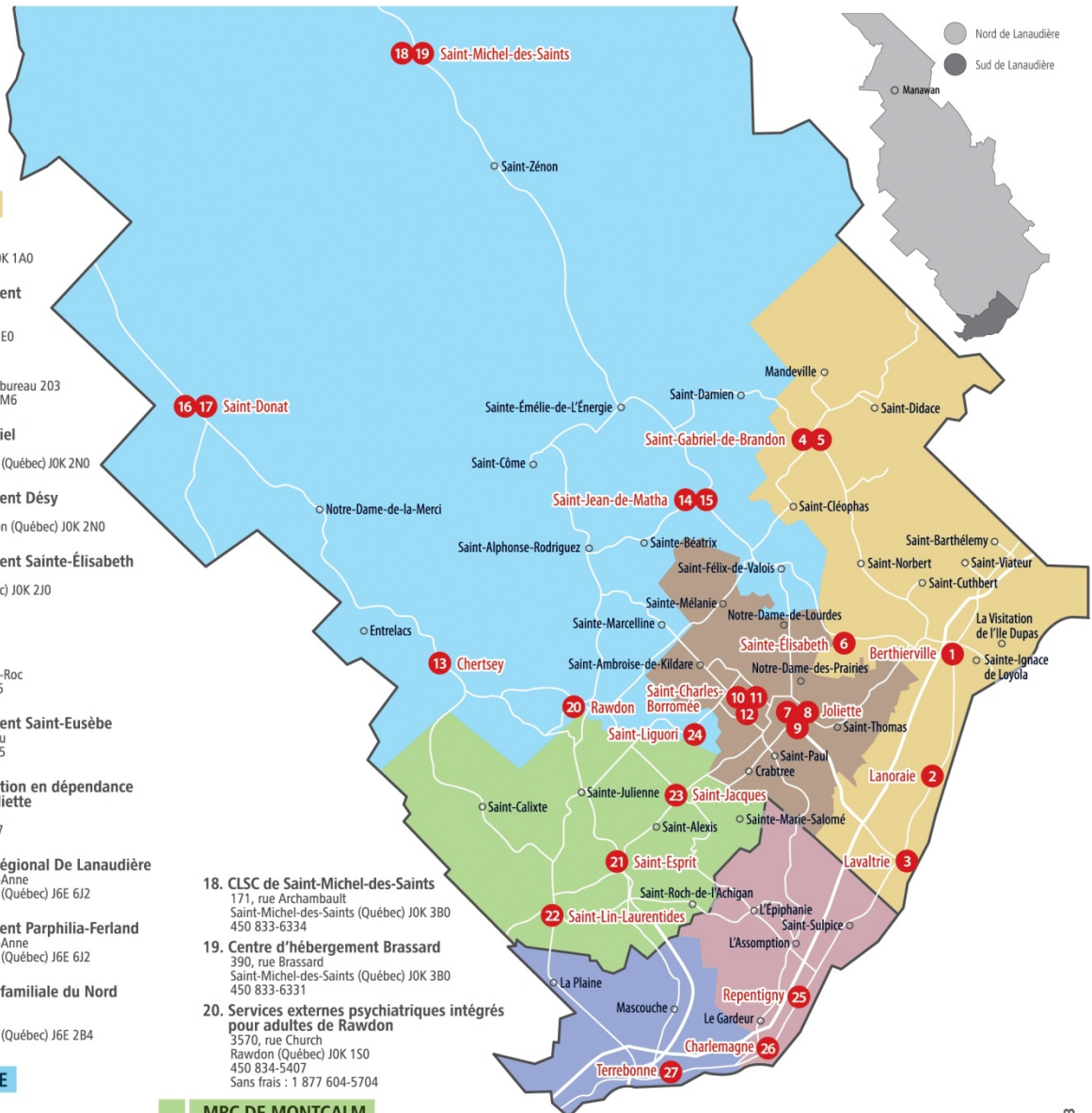
- CLSC de Saint-Esprit**
110, rue Saint-Isidore
Saint-Esprit (Québec) J0K 2L0
450 839-3676
- Centre d'hébergement Saint-Antoine
de Padoue**
521, rue Saint-Antoine
Saint-Lin-Laurentides (Québec) J5M 3A3
450 839-2609
- Centre d'hébergement Saint-Jacques**
30, rue Sainte-Anne
Saint-Jacques (Québec) J0K 2R0
450 839-2695
- Centre d'hébergement Saint-Liguori**
771, rue Principale
Saint-Liguori (Québec) J0K 2X0
450 753-7062

MRC L'ASSOMPTION

- Services psychiatriques pour enfants et adolescents**
465, rue Notre-Dame, bureau 204
Repentigny (Québec) J6A 2T3
450 581-5100
- Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière
à Charlemagne**
100, rue Grenier, suite 150
Charlemagne (Québec) J5Z 4C6
450 657-0071

MRC LES MOULINS

- Centre de réadaptation en dépendance
de Lanaudière à Terrebonne**
1045, chemin du Coteau
Terrebonne (Québec) J6W 5Y8
450 492-7444





Comité de direction

M. Martin Beaumont, directeur général

Mme Jacinthe Bélanger, directrice des programmes chirurgie, soins critiques et services diagnostiques

Mme Anne-Marie Blanchard, directrice santé publique, programmes multicientèles et Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière

Mme Lorraine Boisjoly, directrice générale adjointe exécutive - affaires corporatives, académiques et excellence opérationnelle

Mme Hélène Boisvert, directrice générale adjointe - santé et services sociaux

Mme Hélène Brien, adjointe à la direction générale (avril à juin 2014)

M. Benoit Comtois, directeur adjoint des affaires immobilières

Dre Line Duchesne, directrice des affaires médicales et codirectrice santé et services sociaux

Mme Pascale Gagné, directrice des affaires économiques, immobilières et de la logistique

M. Robin Gagnon, directeur de la prestation sécuritaire des services et des soins infirmiers

Mme Chantal Garneau, directrice adjointe des ressources financières

Mme Isabelle Lalande, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel par intérim (novembre 2014 à avril 2015)

Dre Élise Martel, directrice de l'enseignement médical et de la recherche

M. Olivier Malo, directeur des ressources humaines et du développement organisationnel (avril à juillet 2014)

Mme Francine Mireault, adjointe administrative à la direction générale

M. Jean-Claude Préville, adjoint à la direction générale (avril à août 2014)

M. Frédérick Ross, directeur soutien à l'autonomie et gestion des maladies chroniques (juin à décembre 2014)

M. Jean-Yves Tremblay, directeur des services multidisciplinaires et des processus d'éthique et d'agrément

M. Pierre Tremblay, directeur des ressources informationnelles (avril à mai 2014)



Caractéristiques de la population et du territoire¹

Le territoire

Le territoire de Lanaudière Nord couvre une superficie de 11 905 kilomètres carrés. Il regroupe 51 municipalités, 12 territoires non organisés et 1 communauté autochtone répartis dans quatre municipalités régionales de comté : D’Autray, Joliette, Matawinie et Montcalm.

La population

Sa population compte 212 290 personnes en 2014, soit 43 % de celle de Lanaudière. En 2020, elle pourrait se chiffrer à près de 227 100 individus pour un gain d’environ 14 800 résidents². Cet accroissement anticipé de la population du territoire est supérieur à celui du Québec (7,0 % contre 4,8 %). Près de 18 % de sa population est âgée de moins de 18 ans et 19 % a 65 ans et plus (19 % et 17 % au Québec, respectivement). Les prochaines années seront marquées par un vieillissement accru de sa population. Entre 2014 et 2020, le nombre d’aînés devrait s’accroître de plus de 10 000 (+ 25 %) pour atteindre 22 % de la population du territoire.

Quelques conditions sociales et économiques

Autour de 80 % de la population de Lanaudière-Nord vit au sein d’une famille, 13 % demeure seule, alors que le reste vit avec des personnes apparentées (oncle, nièce, cousin, etc.) ou non, dans un ménage collectif (maison de chambres, prison, centre d’hébergement, résidence religieuse, etc.) ou hors du Canada (diplomates, militaires, etc.). Près de 9 200 des 59 200 familles du territoire sont monoparentales. Comparativement au reste du Québec, Lanaudière Nord compte, en proportion, autant de personnes vivant au sein d’une famille et de personnes vivant seules.


Les grossesses à l’adolescence ainsi que la violence ou la négligence à l’endroit des jeunes constituent d’importants indicateurs de la qualité de l’environnement social. Or, Lanaudière Nord est désavantagé à cet égard puisque ses taux de grossesse et de fécondité sont supérieurs à ceux du Québec chez les femmes de moins de 20 ans. Le taux de signalements retenus d’enfants et d’adolescents en difficulté par la Direction de la protection de la jeunesse y est le plus élevé de la région lanauoïse (33,4 % contre 22,8 %).

Le bilan socioéconomique du territoire est défavorable comparativement à celui du Québec. En 2011, la proportion des familles vivant sous le seuil de faible revenu après impôt est plus élevée³. Le taux d’emploi, ainsi que les revenus moyens des particuliers et des familles, sont

¹ Ce texte a été rédigé par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et s’inspire fortement de portraits populationnels et documents qu’il a produits récemment et qui se retrouvent sur le SYLIA au site Web de l’Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Les statistiques présentées dans cette section sont issues de banques de données les plus récentes disponibles au moment de sa rédaction.

² INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2011-2036*, octobre 2014.

³ STATISTIQUE CANADA. Compilation : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sectorielles et du développement durable, juin 2014 (site Web consulté le 26 mars 2015 : www.stat.gouv.qc.ca).



plus faibles que ceux du Québec. L'insécurité économique de la population peut aussi être mesurée en considérant la part du revenu consacré aux coûts d'habitation. Ainsi, un peu plus du cinquième des ménages de Lanaudière Nord doivent dédier 30 % ou plus de leur revenu aux coûts d'habitation. Autour de 6 000 des 87 400 logements privés occupés par la population de Lanaudière Nord auraient besoin de réparations majeures.

Le territoire compte une proportion plus importante de personnes de 25-64 ans sans certificat, diplôme ou grade scolaire et un pourcentage moindre de diplômés universitaires⁴. La plus faible scolarité de la population de Lanaudière Nord se manifeste aussi par un taux de décrochage au secondaire plus élevé que celui du Québec (22 % contre 16 % en 2010-2011).

Quelques habitudes de vie

Le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité sont parmi les habitudes de vie à l'origine de plusieurs maladies chroniques. Il n'existe pas de données relatives à l'alimentation et à la sédentarité à l'échelle du territoire pour les adultes de 18 ans et plus. Les statistiques pour la région lanadoise permettent toutefois de supposer, tout comme pour le Québec, qu'encore trop d'adultes ne consomment pas cinq portions ou plus de fruits et de légumes par jour (55 %) et ne consacrent pas suffisamment de temps aux activités physiques de loisir (29 %). Quant au tabagisme, les adultes sont en proportion plus nombreux que ceux du Québec à faire usage du tabac (29 % contre 24 %).

Chez les jeunes fréquentant les écoles secondaires lanadoises, soit ceux âgés de 12 à 17 ans, les constats sont tout aussi préoccupants. Dans Lanaudière Nord, une part appréciable d'élèves du secondaire ne consomme pas le nombre quotidien moyen recommandé de portions de fruits et de légumes (70 %) et de produits laitiers (52 %). Les trois quarts des élèves ne sont pas suffisamment actifs dans leurs loisirs et leurs activités de transport. Finalement, 10 % des élèves sont des fumeurs de cigarettes, soit une proportion similaire à celle du Québec.

L'état de santé


L'espérance de vie à la naissance des résidents du territoire se situe à 82,3 ans pour les femmes et à 77,4 ans pour les hommes en 2007-2011⁵. Ces espérances de vie à la naissance sont inférieures à celles des Québécoises et des Québécois.

Même si une majorité de la population de 15 ans et plus du territoire juge positivement son état de santé global (89 % en 2008)⁶, une part appréciable est affectée par au moins un

⁴ STATISTIQUE CANADA. *Enquête nationale sur les ménages 2011*, Fichier 99-014-X2011016.ivt.

⁵ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique du Québec, le 26 mars 2015. Mise à jour le 28 janvier 2015.

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.



problème de santé chronique. En 2010-2011, autour de 27 % des personnes de 20 ans et plus font de l'hypertension artérielle, 7,9 % de la population d'un an et plus est affectée par le diabète et 1,7 % a été diagnostiquée pour au moins un cancer. Il importe aussi de noter que 12 % de la population d'un an et plus a été diagnostiquée pour au moins un trouble mental en 2011-2012. Les prévalences de l'hypertension, du diabète et des troubles mentaux sont plus élevées dans LanaudièreNord qu'au Québec.

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 33 % des décès en 2009-2011, les cancers constituent la principale cause de mortalité chez les femmes. Celles-ci présentent une mortalité plus élevée que celle des Québécoises pour l'ensemble des cancers et, plus particulièrement, celui du poumon. Les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil respiratoire sont associées à 24 % et 12 % des décès, respectivement, chez les résidentes du territoire. Ces dernières ont aussi une mortalité par maladies de l'appareil respiratoire supérieure à celle des Québécoises⁷.

Les cancers représentent aussi la cause prédominante de mortalité chez les hommes avec 37 % des décès. Les maladies cardiovasculaires sont la cause de 22 % des décès, tandis que les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 10 % des décès. La mortalité par cancer des hommes du territoire et, plus spécifiquement, celle par cancer du poumon est plus élevée que celle des Québécois. Il en est de même pour les maladies de l'appareil respiratoire⁸.

Preuve tangible de la qualité des soins périnataux offerts à la population, la mortalité infantile du territoire demeure faible avec un peu moins de 4 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2009-2011⁹. Ce bilan positif est toutefois terni par des proportions élevées de bébés nés avant la 37^e semaine de gestation ou pesant moins de 2 500 grammes à la naissance (respectivement 7,8 % et 6,2 % en 2009-2011)¹⁰.

⁷ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique du Québec, le 26 mars 2015. Mise à jour le 11 février 2015.

⁸ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique du Québec, le 26 mars 2015. Mise à jour le 11 février 2015.

⁹ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique du Québec, le 26 mars 2015. Mise à jour le 28 janvier 2015.

¹⁰ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique du Québec, le 26 mars 2015. Mise à jour le 20 mai 2014.



En 2009-2011, la population de Lanaudière Nord affiche une surmortalité par traumatismes comparativement au Québec aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Cette situation s’observe particulièrement pour les traumatismes non intentionnels et les accidents de véhicules à moteur¹¹.

Population

| | 2014 | 2020 | Variation 2014-2020 |
|------------------------|----------------|----------------|---------------------|
| D’Autray | 42 293 | 44 334 | 4,8 % |
| Joliette | 67 095 | 72 062 | 7,4 % |
| Matawinie | 51 366 | 54 269 | 5,7 % |
| Montcalm | 51 536 | 56 390 | 9,4 % |
| Lanaudière Nord | 212 290 | 227 055 | 7,0 % |
| Lanaudière | 495 907 | 537 364 | 8,4 % |

¹¹ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l’onglet Plan commun de surveillance produit par l’Infocentre de santé publique du Québec, le 26 mars 2015. Mise à jour le 11 février 2015.



Spécialités offertes

- Anatomopathologie
- Anesthésiologie
- Biochimie médicale
- Cardiologie
- Chirurgie bariatrique
- Chirurgie dentaire
- Chirurgie générale
- Chirurgie plastique
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie orthopédique
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Gastro-entérologie
- Gériatrie
- Hématologie-oncologie
- Médecine interne
- Médecine nucléaire
- Médecine d'urgence
- Microbiologie médicale-maladies infectieuses
- Néphrologie
- Neurologie
- Neuro-chirurgie
- Obstétrique-gynécologie
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie adulte
- Pédopsychiatrie
- Radiologie diagnostique
- Rhumatologie
- Santé communautaire
- Urologie
- Pharmacie



Orientations stratégiques 2011-2015

Orientation 1

Le CSSS entend transformer de façon significative l'organisation des services de 1^{re} ligne tant au sein du CSSS qu'au sein du réseau local de services.

Orientation 2

Le CSSS entend développer de façon significative l'accès aux services pour la population de son territoire en s'appuyant continuellement sur la pertinence des services.

Orientation 3

Le CSSS veut tout mettre en œuvre pour favoriser l'attraction, la fidélisation et le développement de la main-d'œuvre et être doté d'une organisation médicale et professionnelle solide et compétente.

Orientation 4

Le CSSS entend poursuivre les mises à niveau essentielles au plan des installations matérielles et des ressources informationnelles pour soutenir sa mission première et les transformations de services requises.

Orientation 5

Le CSSS veut se positionner comme une organisation dotée d'une culture de performance et d'amélioration continue.

Orientation 6

Le CSSS veut assurer le leadership du réseau local de services du Nord de Lanaudière et le rendre fonctionnel.

Tableau de bord de suivi des objectifs organisationnels

Déoulant des orientations stratégiques 2011-2015, notre CSSS s'est donné des objectifs et des actions structurantes pour améliorer l'atteinte des orientations stratégiques. Le tableau suivant présente un taux moyen d'accomplissement des actions de 87 %¹² au 31 mars dernier.

Orientations – Directions

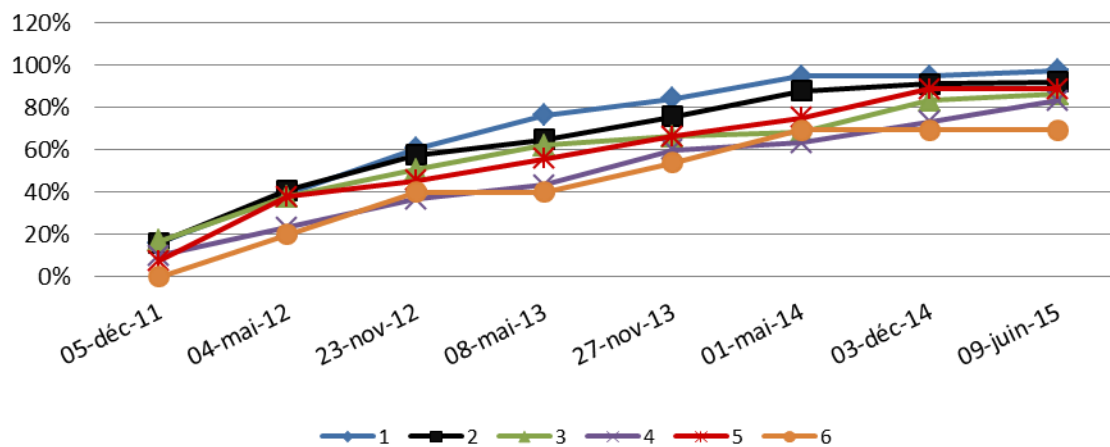
1. Le CSSS entend transformer de façon significative l'organisation des services de 1^{re} ligne tant au sein du CSSS qu'au sein du réseau local de services.
2. Le CSSS entend développer de façon significative l'accès aux services pour la population de son territoire en s'appuyant continuellement sur la pertinence des services.
3. Le CSSS veut tout mettre en œuvre pour favoriser l'attraction, la fidélisation et le développement de la main-d'œuvre et être doté d'une organisation médicale et professionnelle solide et compétente.
4. Le CSSS entend poursuivre les mises à niveau essentielles au plan des installations matérielles et des ressources informationnelles pour soutenir sa mission première et les transformations de services requises.
5. Le CSSS veut se positionner comme une organisation dotée d'une culture de performance et d'amélioration continue.
6. Le CSSS veut assurer le leadership du réseau local de services (RLS) du Nord de Lanaudière et le rendre fonctionnel.

Sommaire des résultats

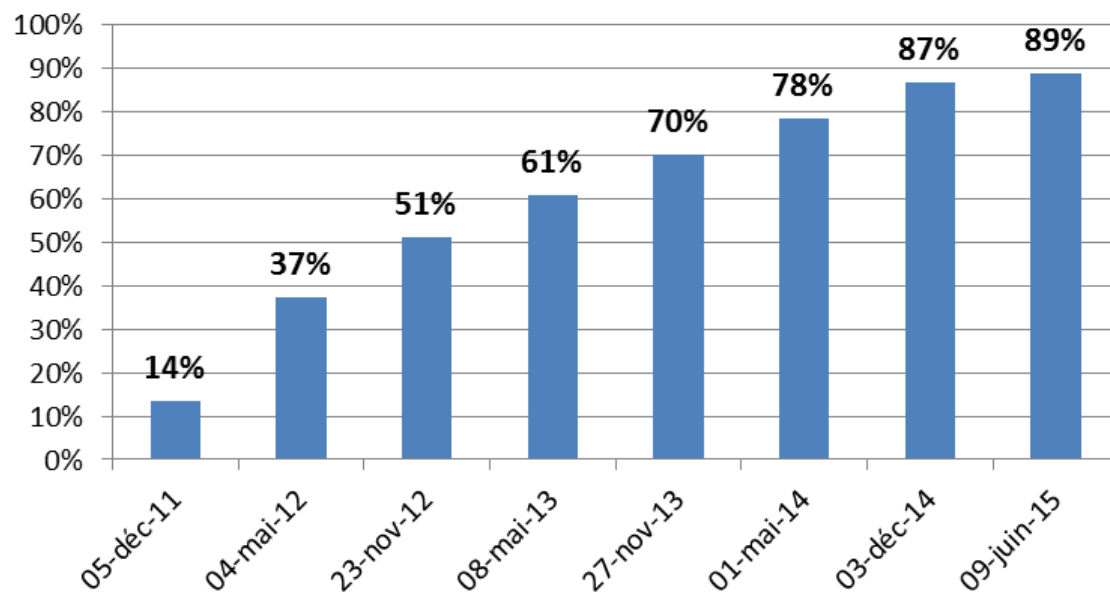
| Orientations | Actions | | | | | | | Légende | |
|--------------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|---|
| | P | D25 | D50 | D75 | M | TOT | % M | P | |
| 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 41 | 45 | 91% | D25 | : Nombre d'actions en cours (avancement à 25 %) |
| 2 | 6 | 4 | 16 | 16 | 141 | 183 | 77% | D50 | : Nombre d'actions en cours (avancement à 50 %) |
| 3 | 5 | 3 | 9 | 10 | 86 | 113 | 76% | D75 | : Nombre d'actions en cours (avancement à 75 %) |
| 4 | 0 | 1 | 1 | 6 | 25 | 33 | 76% | M | : Nombre d'actions mises en place |
| 5 | 6 | 16 | 16 | 18 | 90 | 146 | 62% | TOTAL | : Total des actions par orientation |
| 6 | 0 | 1 | 2 | 2 | 10 | 15 | 67% | % M | : Pourcentage d'actions réalisées / Total des actions |
| | 17 | 26 | 44 | 55 | 393 | 535 | 73% | | |

¹² Taux pondéré en fonction de l'avancement des travaux, tel qu'indiqué dans la légende.

Progression par trimestre pour chaque orientation



Évolution des actions réalisées





Faits saillants 2014-2015

L'établissement a identifié neuf priorités organisationnelles. Ces dernières ont assuré une convergence et une cohérence dans l'action, aidé à la prise de décision, limité les distractions internes et favorisé la mobilisation. Voici ces neuf priorités ainsi que les faits saillants et les principales réalisations en lien avec chacune d'elles.

Priorité 1 : Équilibre budgétaire

Les nouvelles mesures d'optimisation imposées à l'organisation en 2014-2015, combinées à un montant d'indexation des revenus inférieur à la croissance des dépenses, ont engendré des difficultés financières importantes. L'équipe de direction a dû se mobiliser, dès septembre, pour produire un plan d'équilibre budgétaire de 4 millions de dollars. La mobilisation de tous et l'adoption d'une stratégie intégrée de performance financière ont permis le respect de l'équilibre budgétaire au 31 mars 2015.

Priorité 2 : Amélioration de l'accessibilité

Au cours de la dernière année, le CSSS a poursuivi ses efforts visant à améliorer l'accessibilité aux services pour sa population. Certains indicateurs ont fait l'objet d'une surveillance particulière par le comité de direction :

Services généraux


La centrale Info-Santé de Lanaudière a répondu à 105 361 des 124 458 appels logés cette année. L'écart se situe donc à 15 % d'appels non répondu, ce qui correspond à l'attente fixée dans l'entente de gestion, de même qu'une amélioration par rapport à l'an dernier, alors que l'écart était de 16 %.

De même, alors que l'objectif du délai moyen de réponse à un appel a été fixé à moins de 4 minutes, il a été en moyenne de 2,57 minutes en 2014-2015, une performance qui répond entièrement aux attentes du Ministère.

Santé physique

En ce qui a trait à l'accès à un médecin de famille, le délai d'accès a connu une amélioration de plus de 10 % au cours de la dernière année.

De même, de nombreuses actions ont été mises de l'avant dans le cadre du plan d'action visant le désencombrement de l'urgence. Ainsi, malgré une augmentation globale du



volume d'activité pour l'année 2014-2015, le CSSS constate une amélioration du délai de prise en charge médicale à l'aire ambulatoire.

PALV-DP-SAD

Les efforts consentis au cours de l'année ont permis de réduire le nombre d'usagers en attente d'un premier service en soutien à domicile. Alors qu'au premier trimestre de l'année, 78 % (140/178) des usagers attendaient leur premier service plus de 14 jours, au dernier trimestre, il s'agissait de 50 usagers sur 94, soit 53 %. L'amélioration est démontrée par une diminution réelle du nombre total d'usagers en attente d'un premier service (84 usagers de moins entre le premier et le dernier trimestre, soit une amélioration de 47 %) et 25 % d'usagers de moins dépassant les délais de 14 jours d'attente. Si ces efforts sont maintenus, d'ici 6 mois, le CSSS devrait atteindre la cible de n'avoir aucun usager en attente d'un premier service en soutien à domicile depuis plus de 14 jours.

Enfance-jeunesse-famille

La dernière année a été marquante quant à l'amélioration de l'accessibilité aux services offerts par le Centre régional d'évaluation et de développement de l'enfance de Lanaudière (CREDEL). En effet, malgré un accroissement significatif du nombre de demandes (64 % depuis 2010), plusieurs travaux d'optimisation ont permis de réduire les délais d'attente moyens de 14 à 10 mois. De plus, il est à noter que 16 % des enfants en attente ont été évalués en deçà de 9 mois. Soulignons aussi que le CREDEL, dans le cadre d'une entente de collaboration avec la Commission scolaire des Samares, a procédé à l'évaluation de 19 enfants d'âge scolaire (5-7 ans).

DI-TED-DP (équipe jeunesse)

Les efforts investis ont démontré des résultats appréciables en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique où, depuis le deuxième trimestre de l'année, 100 % des usagers sont traités dans les délais requis.

Santé mentale

Malgré les difficultés rencontrées pour combler certains postes au sein de l'équipe des services en santé mentale de 1^{re} ligne, notamment en psychologie, des actions concrètes en lien avec l'équipe des services généraux psychosociaux ont permis d'améliorer l'accès à la clientèle. Ainsi, 180 personnes de plus ont été prises en charge en janvier 2015 et d'autres actions de type ateliers éducateurs débuteront en avril 2015, ce qui aura un impact positif sur l'accessibilité.

Dépendance

Le CSSS est fier des résultats obtenus dans ce secteur. En effet, 90 % des clients aux prises avec des problématiques de dépendance sont évalués et pris en charge dans un délai inférieur à 15 jours.



Priorité 3 : Améliorer le bien-être des intervenants

Organisation du travail

Dans une perspective de recrutement, de rétention et d'amélioration de la qualité de vie au travail, quatre projets ont été menés avec le Syndicat des professionnelles en soins de santé du Nord de Lanaudière (SPSSNL-FIQ) et le Syndicat des travailleuses et travailleurs du CSSSNL (STTCSSSNL-CSN).

Un des projets, débuté en juin 2014 et toujours en cours, consiste en la révision des structures de postes pour l'ensemble des secteurs où il y a des infirmières, des infirmières auxiliaires et des inhalothérapeutes. Ce projet vise à rendre chaque secteur autosuffisant par la révision de sa structure de postes et ainsi éliminer le recours à la main-d'œuvre indépendante, à diminuer le temps supplémentaire et à accroître l'attraction des professionnelles en soins.


Le deuxième projet touche les agentes administratives du secteur des activités de remplacement, pour lequel nous avons obtenu une subvention de 150 000 \$ du MSSS. Celui-ci vise, par une uniformisation et une optimisation des processus dans le secteur des activités de remplacement, à faire une meilleure planification des effectifs et à répondre plus rapidement à la demande, tout en diminuant le temps supplémentaire et le taux de roulement au sein de cette équipe.

Le troisième projet pour lequel nous avons également reçu une subvention de 150 000 \$ du MSSS est celui concernant les préposés aux bénéficiaires (PAB) nouvellement embauchés. Un programme de soutien clinique outillant les PAB dans le processus d'acquisition des compétences a été mis en place. De même, la révision et la bonification du programme d'accueil, d'orientation et d'intégration des nouveaux PAB ont été effectuées.

Le quatrième projet pour lequel nous avons reçu une subvention de 100 000 \$ concerne les agentes administratives du secteur du soutien à domicile. Ce projet vise une meilleure adéquation entre les attentes des professionnels et leur rôle actuel, par une définition claire des rôles, une organisation du travail plus efficiente, une plus grande valorisation du rôle des agentes administratives, une amélioration de leur satisfaction au travail et une plus grande participation au soutien à domicile (exercer un plus grand leadership).

Conciliation des griefs

Des travaux visant à réduire le nombre de griefs ont été faits principalement avec la catégorie 1 (FIQ) suivant une approche de conciliation et de médiation des litiges. De plus, un processus spécifique a été mis en place dans le secteur des activités de remplacement pour répondre rapidement aux réclamations de temps supplémentaire, et ce, afin de réduire au maximum les réclamations qui étaient transformées en griefs.



Des travaux de révision des exigences de poste sont également en cours pour la catégorie 1 (FIQ), ce qui devrait réduire considérablement le nombre de griefs portant sur les exigences de poste.

Toujours suivant une approche visant la conciliation et la médiation des litiges, des travaux seront amorcés dans les prochains mois avec le syndicat des catégories 2 et 3 pour réduire le nombre de griefs actifs.

Développement organisationnel

Un plan de développement des ressources humaines, incluant un plan de formation pour deux ans, de même que différentes actions en lien avec l'accueil, l'intégration, la mobilisation, la reconnaissance et la préparation de la relève, notamment, a été adopté par le comité de direction.

De même, afin de se doter d'une vision unique et partagée de ce qu'est la performance, de convenir d'un langage commun, de consolider et d'harmoniser les compétences, l'organisation a adopté un cadre de référence de gestion de la performance et de l'amélioration continue. Ce cadre de référence inclu notamment une méthodologie sur la gestion du changement pour laquelle des outils ont été développés et sont actuellement en expérimentation.

Stages

Grâce à la collaboration et au professionnalisme des membres de notre personnel, de nos superviseurs de stages et de nos préceptrices, 1 029 stagiaires, de tous les domaines d'études confondus, ont pu réaliser des activités de stages de formation pratique au sein de notre établissement. À cet égard, le CSSS veut être reconnu comme un centre de formation pratique et d'enseignement de qualité, accueillant et dynamique.

Santé, sécurité et mieux-être au travail


Une nouvelle formation a été donnée à plus d'une soixantaine de gestionnaires sur les signes de détresse psychologique et les interventions appropriées afin de soutenir leur personnel et prévenir, si possible, des absences.

Embauche

Afin de répondre aux besoins de l'organisation, 457 nouveaux employés ont été embauchés au cours de la dernière année portant ainsi le nombre des employés œuvrant au sein de l'établissement à 4 803 au 31 mars 2015.

Civilité, violence et harcèlement au travail

Au cours de l'année 2014-2015, nous avons poursuivi la mise en œuvre de la politique et fait connaître le processus de traitement des signalements et des plaintes. Les statistiques pour 2014-2015 portent à 99 le nombre de dossiers ouverts à la suite d'un signalement.



Aucune plainte officielle n'a toutefois été déposée. Soulignons également que 89 dossiers ont été réglés au cours de l'année (certains de ces dossiers dataient de l'an dernier).

Nous souhaitons, au cours des prochains mois, faire un sondage de satisfaction auprès des personnes ayant eu recours à la politique et ainsi améliorer les interventions pour agir rapidement et éviter une démobilitation de certains individus au travail.

Priorité 4 : Diminution des infections nosocomiales

Un point statutaire sur la situation en prévention des infections est à l'ordre du jour du comité de la gestion des risques et de la sécurité (CGRS), de même qu'au conseil d'administration de l'établissement. Ce moyen permet aux membres et aux administrateurs de suivre l'évolution des principaux éléments liés aux taux de certaines bactéries, notamment le *C. difficile*, le SARM (*Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline*), le ERV (*Entérocoque Résistant à la Vancomycine*) ainsi qu'aux situations d'éclosion et de préciser les actions prises de façon préventive ou corrective.

Le CSSS a connu cette année une augmentation du taux de *C. difficile*. Après 12 périodes, les données démontrent qu'en 2013-2014 le taux moyen était de 15,3/10 000 jours-présence, alors qu'en 2014-2015, il est à 15,6/10 000 jours-présence. Un plan d'action a été déployé et fait l'objet d'un suivi étroit par le comité de direction.

Pour une troisième année consécutive, nous pouvons constater une baisse du taux moyen de SARM. En effet, pour l'année 2013-2014, le taux moyen était à 6,9/10 000 jours-présence à la période 12, alors qu'en 2014-2015 il se situe à 5,9/10 000 jours-présence.

Concernant le ERV, notre établissement a connu une amélioration en 2014-2015. Les données à la période 12 démontrent qu'en 2013-2014, le taux moyen était de 3,6/10 000 jours-présence, alors qu'en 2014-2015 il est à 1,9/10 000 jours-présence. Un total de 3 éclosions sur nos unités de soins de courte durée est à l'origine de ce taux.

Le nombre d'éclosions est passé de 30 en 2013-2014 à 61 en 2014-2015. De ces 61 éclosions, 8 se sont déclarées au CHRDL (incluant les 3 éclosions de ERV énumérées précédemment), 42 se sont produites dans les centres d'hébergement dont 25 éclosions d'influenza et 12 éclosions de virus respiratoire, 5 dans les ressources intermédiaires (RI), 1 en santé mentale (longue durée psychiatrique) et 5 en centres d'hébergement privés conventionnés. Il est important de constater que malgré un taux moyen de vaccination de la clientèle en centres d'hébergement de 89 %, nous avons observé un nombre plus élevé d'éclosions d'influenza, passant de 4 en 2013-2014, à 25 en 2014-2015.



Priorité 5 : Déployer la stratégie de santé primaire : arrimage GMF et cliniques médicales, développement de la pratique professionnelle

La stratégie de soins de santé primaire, en plus d'améliorer l'accès aux soins de base, vise à dépister, évaluer, soigner, suivre l'évolution, soutenir, enseigner et orienter. Voici donc l'évolution des travaux réalisés au cours de l'année 2014-2015, de même qu'un bref aperçu de ceux prévus pour l'année 2015-2016.

Équipes de consultation infirmière de proximité

Grâce au rehaussement de l'expertise des infirmières en santé primaire, ces dernières peuvent exploiter le plein potentiel de leur champ de pratique, incluant l'évaluation et le suivi de soins, l'éducation et l'application d'ordonnances collectives, comme le permet la loi. Ces équipes visent tout particulièrement les personnes atteintes de maladies chroniques ou présentant un problème de santé courant mineur. Les équipes de consultation infirmière de proximité travaillent en partenariat avec les omnipraticiens dans la communauté, de même qu'avec les IPS-PL en place.


À l'aide des ordonnances collectives nationales, le CSSS pense que les équipes de consultation infirmière de proximité pourront réaliser, conjointement avec les médecins dans la communauté, 90 % des suivis pour la clientèle atteinte de maladies chroniques. De même, il estime que de 60 % à 80 % des problèmes de santé courants pourront être répondus par ces équipes.

Le service est actuellement offert aux CLSC de Saint-Gabriel et de Chertsey. Les évaluations et suivis de la clientèle atteinte de maladies chroniques au CLSC de Saint-Gabriel s'effectuent par le biais des ordonnances collectives nationales. Le service de sans rendez-vous infirmiers au CLSC de Saint-Gabriel doit débuter en avril 2015.

Pour les deux CLSC, les trois infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPS-PL) soutiennent les équipes de consultation infirmière de proximité afin de favoriser leur autonomie, et ce, dans une perspective de transfert des connaissances et de perfectionnement.

Une entente de collaboration avec la Clinique médicale de Saint-Gabriel s'est concrétisée. Une IPS-PL et une infirmière y travaillent quelques jours par semaine (un jour pour l'IPS-PL et trois jours pour l'infirmière). De même, des rencontres visant la collaboration avec les pharmacies dans la communauté ont été réalisées dans les secteurs que desservent les CLSC de Saint-Gabriel et de Chertsey.

Les difficultés de couverture médicale au CLSC de Saint-Michel-des-Saints n'ont pu permettre le déploiement de l'équipe de consultation infirmière de proximité dans ce



secteur. Toutefois, toutes les infirmières sont formées et prêtes à intégrer le projet dès que les conditions gagnantes seront réunies.

Groupes de médecine familiale (GMF)

Il a été convenu qu'une harmonisation de la pratique infirmière en GMF devait s'effectuer et tous les GMF s'entendent sur le rôle charnière de l'infirmière en lien avec l'évaluation et le suivi de la clientèle atteinte de maladies chroniques. Dans cette perspective, la formation des formateurs experts en examen physique est complétée. Ils ont offert une première formation aux infirmières des GMF en mars 2015.

Il est également important de souligner qu'un médecin rattaché au CLSC-GMF de Saint-Donat, offre des services médicaux à raison d'une journée par semaine dans la municipalité de Saint-Côme. Ces services sont offerts dans un local mis à la disposition du médecin et aménagé par la municipalité.

Infirmière en milieu rural

Le déploiement des infirmières en milieu rural s'est poursuivi en 2014-2015. À ce jour, grâce au partenariat établi avec le milieu municipal, de même qu'avec la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière, 20 municipalités bénéficient de ce service. De plus des travaux sont en cours dans le but d'introduire des pratiques cliniques préventives à l'actuelle offre de service.

Priorité 6 : Faire un virage accentué vers le soutien à domicile pour favoriser « le vieillir chez soi »

En 2013, le taux d'hébergement de la région du Nord de Lanaudière était supérieur à la moyenne québécoise, soit 3,03 %, comparativement à 2,80 %. Conséquemment, un plan d'action visant un changement de culture face à l'hébergement a été mis en place. Ce dernier vise à modifier les pratiques, de même qu'à mieux connaître les profils de la clientèle hébergée et orientée en hébergement.

Parmi les actions de ce plan, l'intensification du SAD a été privilégiée afin de répondre aux souhaits des personnes de demeurer le plus longtemps possible à leur domicile et de retarder le recours à l'hébergement. Par conséquent, le CSSS a procédé à la réduction des lits en centre d'hébergement, ce qui lui a permis d'atteindre, en janvier 2015, un taux d'hébergement de 2,87 %.



Priorité 7 : Poursuivre les travaux d'optimisation de la logistique sociosanitaire et déposer un plan triennal

À la suite de la révision du plan d'organisation en 2013-2014, une coordination de la logistique a été créée. Durant l'année 2014-2015, la vision du déploiement de la logistique au CSSS ainsi qu'un plan quinquennal de déploiement ont été entérinés.

À ce jour, plusieurs activités sont en cours, lesquelles ont déjà permis des économies importantes grâce aux stratégies d'approvisionnement. De même, ces activités généreront d'autres gains intéressants, en 2015-2016, et ce, en ce qui concerne la gestion des stocks et les transports externes.

Priorité 8 : Finaliser le projet clinique

Le projet clinique 2015-2018 consiste à revoir l'offre de service des huit continuums de services :

- Continuum périnatalité – petite enfance;
- Continuum jeunesse;
- Continuum déficience intellectuelle, trouble du spectre autistique et déficience physique jeunesse;
- Continuum dépendance;
- Continuum services psychosociaux et santé mentale adulte;
- Continuum déficience physique adulte;
- Continuum soutien à l'autonomie de la personne âgée;
- Continuum lutte contre le cancer.

Cette démarche élabore, avec les partenaires, des cibles d'amélioration dans le but de créer ou de consolider chacun des réseaux de services intégrés. Tous ces travaux, réalisés à travers huit tables cliniques, ont permis d'obtenir la participation et la contribution de 110 acteurs différents du réseau local de services du Nord de Lanaudière.

Priorité 9 : Plan directeur clinique et immobilier : maison d'hébergement dans la communauté et buanderie

Maison d'hébergement dans la communauté

Un projet de construction d'une maison d'hébergement dans la communauté pour la municipalité de Sainte-Élisabeth est en préparation. Les plans et devis requis pour l'appel d'offres sont complétés.



De son côté, la municipalité a procédé au dézonage d'un terrain et est sur le point d'acquiescer ce terrain afin de le céder gratuitement au CSSS dans le but d'y ériger la nouvelle maison d'hébergement. La construction devrait avoir lieu au cours de l'année financière 2015-2016.

Buanderie

Le projet de construction d'une nouvelle buanderie publique située sur le terrain du CHRDL a été préparé et déposé au Ministère. Ce projet, de l'ordre de près de 20 millions de dollars, permettrait d'assurer un service de premier ordre et des coûts compétitifs contrôlés par la Buanderie Lavérandière.

En juin dernier, le Ministère a pris la décision de procéder à une comparaison des coûts de ce service offert par le réseau public, par rapport au privé. Un appel d'offres dans ce sens est en préparation par le Ministère. Le dossier est donc actuellement en attente.

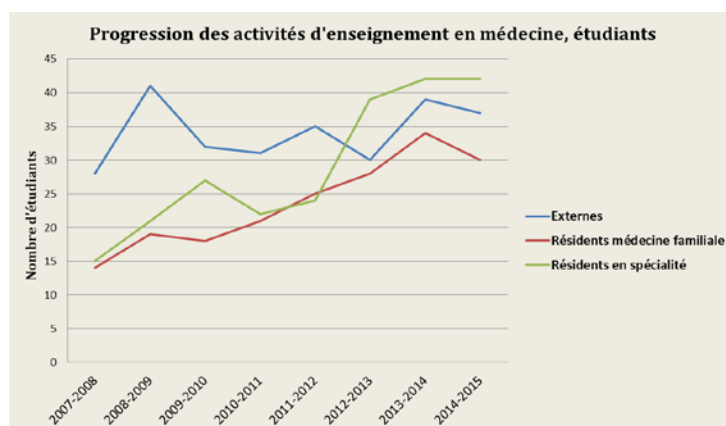
Enseignement médical

L'établissement a connu, encore cette année, une croissance du nombre total de mois de stages effectués à son campus, bien que l'augmentation soit moins prononcée comparativement aux années précédentes. Pour la médecine spécialisée, l'établissement a reçu des résidents des universités Laval, McGill, Montréal, Sherbrooke et Ottawa, et ce, dans plusieurs spécialités : anesthésiologie, chirurgie, gastroentérologie, gynécologie, neurologie, pédiatrie, pédopsychiatrie, radiologie, ainsi qu'à l'urgence.

L'établissement continue de créer des liens dans différents domaines avec l'Université Laval. Une équipe, provenant de la Faculté de médecine et du rectorat, est d'ailleurs venue nous visiter le 11 novembre 2014. Au plan médical, cette équipe a, une fois de plus, souligné la qualité du travail des intervenants locaux impliqués dans la formation des futurs médecins. Lors de cette visite, une activité de formation pédagogique portant sur l'évaluation des externes a attiré plus de 20 médecins enseignants et a donné lieu à des échanges très intéressants.

Une grille de suivi du contrat d'affiliation signé à l'automne 2013 avec l'Université Laval est en cours d'élaboration. Cette grille servira à évaluer le contrat et à déterminer dans quelle mesure les deux parties ont rempli leurs engagements. Un comité formé d'intervenants de l'université et du CSSS poursuivra ces travaux au cours des prochains mois.

Le comité de l'enseignement médical, regroupant les responsables de l'enseignement dans les différents secteurs qui accueillent des résidents et des externes, s'est réuni à 3 reprises, soit en avril et septembre 2014, ainsi qu'en janvier 2015. Ces rencontres ont permis de planifier, coordonner, développer et améliorer les activités d'enseignement médical de notre campus.





Unité de médecine familiale du Nord de Lanaudière

Volet pédagogique

En 2014-2015, l'Unité de médecine familiale (UMF) du Nord de Lanaudière a accueilli 12 résidents de 1^{re} année et 9 résidents de 2^e année. Une nouvelle cohorte de 12 résidents est attendue en juillet 2015. L'équipe de médecins et de professionnels a également contribué à la formation d'externes en médecine, d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPS-PL), d'infirmières cliniciennes, de pharmaciens, de travailleurs sociaux et de sexologues.

À ce jour, 38 résidents ont complété leur résidence en médecine familiale à l'UMF. Parmi eux, 22 exercent leur pratique dans la région de Lanaudière Nord dont 13 font de la prise en charge de clientèles.

Volet clinique

Sur le plan clinique, l'UMF continue d'offrir une gamme de services variée à la population. En plus de faire de la prise en charge de clientèles en accès adapté et en clinique sans rendez-vous, l'UMF offre du suivi obstétrical, du suivi pédiatrique, des soins à domicile et en centres d'hébergement, de même que de nombreuses cliniques spécialisées de première ligne (chirurgies mineures, santé sexuelle, infiltrations, techniques gynécologiques, santé des autochtones de Manawan).

En incluant les consultations à nos cliniques spécialisées, l'UMF a enregistré plus de 31 000 visites cette année.

Externat

Le programme d'externat longitudinal a accueilli une cohorte de 10 externes cette année.

Quelques nouveautés :

- le stage de pneumologie s'effectue sur deux semaines comparativement à une semaine en 2013-2014;
- le stage d'obstétrique se déroule sur trois semaines, comparativement à quatre en 2013-2014.

Enfin, la journée académique du vendredi est toujours aussi dynamique, avec de nouvelles présentations offertes aux externes par des spécialistes médicaux et chirurgicaux.



Agrément 2014

L'agrément est la reconnaissance, par une autorité externe compétente, de l'engagement d'un établissement dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services. Il fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques et de processus organisationnels en fonction de normes et de critères se rapportant aux meilleures pratiques, et ce, en fonction du contexte et des caractéristiques de l'établissement.

L'agrément a pour objectif ultime d'aider l'établissement à s'améliorer. Il permet de mobiliser le personnel, les médecins, les gestionnaires et les administrateurs autour d'un projet commun, centré sur l'amélioration continue de la qualité des services, la recherche et le développement d'une culture d'excellence, dans la gestion, comme dans la prestation sécuritaire des soins et des services.

En plus de poursuivre le travail en lien avec les recommandations du rapport d'agrément de 2011, les équipes ont été actives à se préparer en vue de la visite visant le renouvellement de la certification d'agrément pour 2014 à 2018.

En 2014, le CSSS du Nord de Lanaudière recevait, du 27 au 31 octobre, l'équipe de visiteurs d'Agrément Canada. À la suite de cette visite, l'établissement a obtenu un taux de conformité global de 94,3 %, ce qui représente une amélioration de 5 % par rapport à la visite de 2011.

Faits saillants

Voici les principaux faits saillants en lien avec cette importante démarche d'amélioration continue :

- 30 normes ont été considérées pour fin d'évaluation;
- 3 406 critères ont été évalués;
- 30 équipes qualité et plus de 200 membres du personnel et médecins ont été mis à contribution;
- 30 plans d'amélioration de la qualité ont été produits et suivis;
- 31 pratiques organisationnelles requises (P.O.R.) ont été évaluées;
- 16 processus prioritaires ont été évalués;
- 4 sondages ont été réalisés : satisfaction de la clientèle, mobilisation du personnel, culture de sécurité et qualité de vie au travail à l'intention des médecins. Les résultats obtenus ont été diffusés et ont servi à l'élaboration et au suivi des plans d'amélioration globaux et sectoriels;



- 4 équipes ont obtenu une note parfaite de 100 % :
 - Normes sur la gouvernance;
 - Population vivant avec une maladie mentale;
 - Services de soins primaires;
 - Normes relatives aux salles d'opération.
- Les obligations légales et règlementaires auxquelles l'organisation doit se conformer ont été évaluées;

Des plans d'action sont en cours afin de répondre aux non conformités qui ont été observées par l'équipe de visiteurs. Les résultats seront transmis à Agrément Canada selon les échéanciers requis.

L'ensemble des équipes qualité du CSSS réitère leur engagement à poursuivre leurs efforts d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts. Les efforts déployés dans le cadre de la démarche d'agrément s'inscrivent dans la vision que s'est donné l'établissement, soit de se distinguer par ses pratiques novatrices, sa performance et le haut niveau de mobilisation de ses intervenants.



L'année en événements

Avril

- Dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue, le directeur général, en compagnie de gestionnaires de la prestation sécuritaire des services, effectue une tournée des unités de soins de courte durée du CHRDL afin d'identifier des pistes de solution dans la lutte aux infections nosocomiales.
- La Corporation des bénévoles du CHRDL souligne son 35^e anniversaire d'existence lors d'un souper-spectacle.

Mai

- La direction générale et le Département de pédiatrie annoncent l'ouverture d'une clinique de neurologie pédiatrique au CHRDL.
- Les portes ouvertes à la nouvelle unité de pédopsychiatrie au CHRDL.
- La semaine de la reconnaissance des intervenants.
- Le CII, le CIAA, de même que le CM organisent des activités de reconnaissance pour leurs membres.
- Le CSSS et la MRC de Joliette annoncent la signature d'une entente visant à pérenniser le Service d'infirmière en milieu rural dans six municipalités de cette MRC.

Juin

- Le CSSS reçoit une subvention de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour soutenir la mise sur pied de la première équipe de consultation infirmière de proximité au Québec, laquelle sera implantée au CLSC de Saint-Gabriel.
- L'équipe de professionnels en ressources intermédiaires du CSSS s'installe dans ses nouveaux locaux situés au centre-ville de Joliette.

Juillet

- Le CSSS souligne la fin de la résidence de 9 nouveaux médecins omnipraticiens formés à son unité de médecine familiale.
- La fin des rénovations à l'unité de chirurgie d'un jour du CHRDL. Grâce à ces travaux, l'unité passe de 12 à 20 civières.
- Le CSSS s'engage dans le programme « Appel à Recycler » visant la récupération des piles alcalines et des cellulaires.
- Initiative de l'équipe d'hémo-oncologie, le CSSS lance ses ateliers thématiques destinés à la clientèle atteinte de cancer.

Septembre

- La tenue de la 1^{re} édition de la *Journée de l'arbre de la santé* au CSSS.



Octobre

- La visite d'agrément, du 27 au 31 octobre 2014.
- Une réalisation unique au Québec : les CSSS du Nord et du Sud ainsi que les Centres jeunesse de Lanaudière dévoilent les résultats de deux années d'efforts visant à mettre en place des modalités d'arrimage fluides entre les établissements et le *Programme régional de pédopsychiatrie*.
- L'annonce de l'obtention d'une subvention récurrente de 125 000 \$, sur deux ans, dans le cadre du plan d'action ministériel sur la maladie d'Alzheimer, pour le déploiement d'un projet pilote au GMF de Joliette ayant pour but d'accroître le repérage, le diagnostic et le suivi en première ligne des clients souffrant de troubles cognitifs.

Novembre

- Les résultats de la visite d'agrément 2014 révèlent un taux de conformité de 94,3 % pour l'ensemble des critères d'évaluation, soit une amélioration de plus de 5 % comparativement à la visite de 2011.
- La direction générale et le Département de pédiatrie du CSSS annoncent l'ouverture d'une clinique d'endocrinologie pédiatrique au CHRDL.

Décembre

- Dans le cadre du plan d'action en développement durable et de santé environnementale de l'établissement, un projet pilote de traitement des matières organiques putrescibles par déshydratation thermique est mis en place au Service des activités d'alimentation du CHRDL. Il s'agit d'une première au Québec.

Janvier

- La direction générale et l'équipe du Département de pédiatrie annoncent l'ouverture d'une clinique de génétique pédiatrique pour les enfants âgés de 0 à 16 ans au CHRDL.
- Le lancement, au Département d'obstétrique du CHRDL, du deuxième volet du *Programme AMPRO-PLUS*, lequel permet une importante réduction de la morbidité maternelle et néonatale.

Février

- L'ouverture de huit lits en soins palliatifs au Centre d'hébergement du Piedmont de Saint-Jean-de-Matha.

Mars

- La mise en place d'un plan d'action visant l'intensification du soutien à domicile afin de maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie, le plus longtemps possible, et de retarder le recours à l'hébergement.

Entente de gestion et imputabilité

Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015

Le tableau suivant présente les résultats liés à l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015. Sur un total de 67 indicateurs, 42 % ont été atteints et 28 % sont près de la cible. Plusieurs actions sont déjà en cours afin d'atteindre la cible des indicateurs ne l'ayant pas atteints (30 %).

| Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité | | | | | | |
|--|--|----------------------|--|--|--|--|
| Période 13 2014-2015 | | | | | | |
| Indicateur | Directeur imputable | 2014-2015 | Engagement 14-15 | % d'atteinte | Évaluation | |
| SANTÉ PUBLIQUE | | | | | | |
| 1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP) | | | | | | |
| 1 | Pourcentage des activités du Programme national de santé publique (PNSP) implantées. (1.01.20) | Anne-Marie Blanchard | 13/18 activités atteintes | 100 % | 72 % | |
| | 1.1 Rejoindre 195 femmes ayant accouché dans l'année et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). | Anne-Marie Blanchard | 194 | 195 | 99 % | |
| | 1.2 Offrir des services à 190 usagers différents dans les centres d'abandon du tabagisme avec une moyenne de 3 interventions par usager. | Anne-Marie Blanchard | 182 usagers 3,7 interventions par usager | 190 usagers 3 interventions par usager | 96 % 114 % | |
| | 1.3 Offrir des services d'éducation à 145 usagers différents dans les centres d'enseignement sur l'asthme. | Anne-Marie Blanchard | 63 | 145 | 43 % | |
| | 1.4 Accompagner 18 écoles primaires ou secondaires dans l'approche École en santé. | Anne-Marie Blanchard | 18 | 18 | 100 % | |
| | 1.5 - L'infirmière jeunesse rencontre pendant l'année scolaire : - 75 % des classes de 6 ^e année ayant bénéficié d'interventions préventives de groupe en éducation à la sexualité (volet puberté); - 50 % des classes de 5 ^e année pour les interventions de groupe en éducation à la sexualité - 50 % des classes de secondaire 3 pour les interventions de groupe en éducation à la sexualité (volet contraception et ITSS). | Anne-Marie Blanchard | - 6^e année 82 % - 5^e année 73 % - 3^e sec. 73 % | - 6 ^e année 75 % - 5 ^e année 50 % - 3 ^e secondaire 50 % | - 6 ^e année 75 % - 5 ^e année 50 % - 3 ^e sec. 50 % | |
| | 1.6 Assurer au moins une intervention multifactorielle personnalisée (IMP) en prévention des chutes à 395 usagers de 65 ans et plus vivant à domicile et inscrits au soutien à domicile. | Hélène Boisvert | 296 | 395 | 75 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| #1.3 L'offre de service est en révision afin de mettre en place un partenariat avec les pneumologues. Mise en place d'une stratégie de promotion afin de faire connaître le centre d'enseignement de l'asthme, entre autres à l'urgence. | | | | | | |
| #1.6 Un suivi a été réalisé auprès des équipes afin d'accroître les résultats (amélioration depuis les deux dernières périodes). | | | | | | |








| Indicateur | Directeur imputable | 2014-2015 | Engagement 14-15 | % d'atteinte | Évaluation | |
|--|--|-----------------------------------|---|--------------|------------|---|
| 1.7 Transmettre le rapport d'activités annuel en développement des communautés. | Anne-Marie Blanchard | Réalisé | Transmettre le rapport d'activités annuel | 100 % | ↑ | |
| 1.8 Soutenir 9 milieux (5 milieux jeunes et 4 municipaux) afin de favoriser les environnements favorables aux saines habitudes de vie. | Anne-Marie Blanchard | 13 municipaux 2 milieux jeunes | 9 | 100 % | ↑ | |
| 1.9 Accroître la couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre l'influenza dans les installations desservies par le CSSS. | Isabelle Lalande | 37,2 | > 40 % | 94 % | ← | |
| 1.10 Effectuer 325 interventions de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès de l'ensemble de la clientèle vulnérable par l'infirmière dans les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP). | Anne-Marie Blanchard | 339 | 325 | 104 % | ↑ | |
| 1.11 Effectuer 500 interventions de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang auprès de jeunes 21 ans et moins. | Anne-Marie Blanchard | 519 | 500 | 104 % | ↑ | |
| 1.12 Effectuer 500 interventions de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang auprès d'adultes de 22 ans et plus. | Anne-Marie Blanchard | 506 | 500 | 101 % | ↑ | |
| 1.13 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 ^e semaine de grossesse à l'accouchement (prénatale). | Anne-Marie Blanchard | 0,55 | 0,43 | 128 % | ↑ | |
| 1.14 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^e semaine de vie (postnatale 1). | Anne-Marie Blanchard | 0,81 | 0,85 | 95 % | ← | |
| 1.15 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^e semaine de vie au 12 ^e mois de vie (postnatale 2). | Anne-Marie Blanchard | 0,42 | 0,36 | 117 % | ↑ | |
| 1.16 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13 ^e mois de vie au 60 ^e mois de vie (postnatale 3). | Anne-Marie Blanchard | 0,36 | 0,2 | 180 % | ↑ | |
| 1.17 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le DCaT-Plio-Hib dans les délais. | Anne-Marie Blanchard | 92 % | 90 % | 102 % | ↑ | |
| 1.18 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais. | Anne-Marie Blanchard | 77 % | 90 % | 85 % | ↓ | |
| Commentaires | | | | | | |
| # 1.18 Les actions suivantes sont en cours afin d'atteindre la cible : ajout de cliniques supplémentaires, rappel des rendez-vous et des absences, rendre le service disponible sur l'ensemble du territoire. | | | | | | |
| 4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis | | | | | | |
| 2 | Taux d'infection clostridium difficile (DACD) (1.01.19.1). | Robin Gagnon | 15,7 | 6,3 | 249 % | ↓ |
| Commentaires | | | | | | |
| Différentes dimensions sont travaillées notamment l'environnement, l'hygiène des mains, la formation et la sensibilisation auprès des intervenants, le respect de la politique des visites, la diffusion de la politique sur l'hygiène des mains, l'utilisation d'une unité de débordement pour éviter les lits surnuméraires, la révision des procédures de nettoyage et de désinfection en hygiène salubrité. Des démarches sont en cours pour l'implantation d'un programme d'antibiogouvernance afin de réduire et d'optimiser l'utilisation de certains types d'antibiotiques ainsi que pour la mise en place d'une unité de haute vigilance. | | | | | | |
| 3 | Taux d'infection bactériémies à Staphylococcus aureus (1.01.19.2). | Robin Gagnon | 0,2 | 0,6 | 32 % | ↑ |
| 4 | Taux d'infection bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (1.01.19.3). | Robin Gagnon | 0,00 | 3,3 | 0 % | ↑ |
| 5 | Offrir une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique à 100 % des réfugiés arrivés en 2013-2014. | Anne-Marie Blanchard | 100 % | 100% | 100 % | ↑ |



| Indicateur | Directeur imputable | 2014-2015 | Engagement 14-15 | % d'atteinte | Évaluation | |
|--|--|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|------------|---|
| SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX | | | | | | |
| 1. Priorité régionale en matière de services sociaux généraux | | | | | | |
| 6 | La mise en oeuvre de travaux visant l'actualisation de l'offre de services sociaux généraux, en particulier le déploiement d'un service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) en cohérence avec le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS. | Anne-Marie Blanchard | Réalisé | Réalisé d'ici le 31 mars 2015 | 100 % | ↑ |
| 7 | Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins (1.02.04). | Anne-Marie Blanchard | 89 % | 90 % | 99 % | ↑ |
| 8 | Pourcentage de perte d'appels pour Info-Santé. | Anne-Marie Blanchard | 15 % | < 15 % | 100 % | ↑ |
| 9 | Délai maximal d'attente de 4 minutes pour Info-Santé. | Anne-Marie Blanchard | 2,57 minutes | 4 minutes | 100 % | ↑ |
| JEUNES ET LEUR FAMILLE | | | | | | |
| 2. Priorité régionale en matière de jeunes et leur famille | | | | | | |
| 10 | Programme d'intervention en négligence implanté en collaboration avec les centres jeunesse. | Anne-Marie Blanchard | Réalisé | Implanté d'ici le 31 mars 2015 | 100 % | ↑ |
| 11 | Mettre en place un mécanisme de coordination équivalent à une équipe d'intervention jeunesse. | Anne-Marie Blanchard | Réalisé | En place d'ici le 31 mars 2015 | 100 % | ↑ |
| 12 | Rédiger une entente de collaboration CSSS-Centre jeunesse. | Anne-Marie Blanchard | N/A | Entente signée d'ici le 31 mars 2015 | N/A | ↑ |
| Commentaires | | | | | | |
| # 12 Il est convenu régionalement avec l'Agence de ne plus réaliser cette action considérant l'arrivée des CISSS. | | | | | | |
| DÉFICIENCES | | | | | | |
| 3. Priorité régionale en matière de personnes ayant une déficience | | | | | | |
| 13 | Fournir à l'Agence le plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité (PLAAC). | Anne-Marie Blanchard | Réalisé | Remettre d'ici le 31 mars 2015 | 100 % | ↑ |
| 14 | Renouveler les protocoles d'entente de collaboration avec les organismes communautaires dont les projets ont été présentés et retenus par le Ministère en 2013-2014. | Anne-Marie Blanchard | Réalisé | Renouveler d'ici le 31 mars | 100 % | ↑ |
| 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis | | | | | | |
| 16 | Pourcentage de personnes ayant une déficience traitée dans les délais établis, PRIORITÉ URGENTE (1.45.45.02). | Anne-Marie Blanchard | (1/1 usager) 100 % | 90 % en 3 jours | 111 % | ↑ |
| 17 | Pourcentage de personnes ayant une déficience traitée dans les délais établis, PRIORITÉ ÉLEVÉE (1.45.45.03). | Anne-Marie Blanchard | (24/32 usagers) 75 % | 90 % en 30 jours | 83 % | ← |
| 18 | Pourcentage de personnes ayant une déficience traitée dans les délais établis, PRIORITÉ MODÉRÉE (1.45.45.04). | Anne-Marie Blanchard | (190/204 usagers) 93 % | 90 % en 1 an | 103 % | ↑ |
| Commentaires | | | | | | |
| #16 à 18 En cours d'année, 8 usagers ont dépassé les délais établis pour les priorités élevées, principalement en ergothérapie (soutien à domicile). | | | | | | |



| Indicateur | | Directeur imputable | 2014-2015 | Engagement 14-15 | % d'atteinte | Évaluation |
|---|---|----------------------|---------------------------------------|------------------|--------------|------------|
| SANTÉ MENTALE | | | | | | |
| 3.1.7 Assurer un accès aux services aux personnes ayant des problèmes de santé mentale | | | | | | |
| 19 | Nombre d'usagers (jeunes et adultes) dont le délai d'accès aux services de 1 ^{re} ligne > 30 jours. | Anne-Marie Blanchard | 426 (422 adultes et 4 jeunes) | 50 | 852 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| Ateliers de groupe sur l'hygiène de vie et de gestion de l'anxiété en place afin d'améliorer l'accessibilité. Réorganisation des secteurs, transfert des services de crises et suivis étroits vers les services psychosociaux afin de permettre aux intervenants de la 1 ^{re} ligne en santé mentale d'accroître la prise en charge de la clientèle santé mentale. Suivi de la performance et soutien clinique des intervenants. | | | | | | |
| 20 | Nombre d'usagers (jeunes et adultes) dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne > 60 jours. | Anne-Marie Blanchard | 121 (85 adultes et 36 jeunes) | 56 | 216 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| Pour les jeunes, l'amélioration des processus a permis de réduire le nombre de 113 jeunes à 36. Pour les adultes, le recrutement de psychiatre est terminé. Cependant, il y a eu un départ à la retraite et un congé de maternité dont le retour est prévu en janvier 2016. Suivi de la performance et soutien clinique des intervenants permettant une augmentation de prise en charge des intervenants. | | | | | | |
| 2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire | | | | | | |
| 21 | Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS (1.08.09). | Anne-Marie Blanchard | 1 695 | 1 704 | 99 % | |
| 22 | Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu un suivi intensif dans le milieu (SIM) (1.08.06). | Anne-Marie Blanchard | 76 | 86 | 88 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| En fonction des nouvelles balises du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), le ratio intervenant/client devrait être 76 clients, ce qui est atteint. | | | | | | |
| 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves | | | | | | |
| 23 | Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services de soutien d'intensité variable (SIV) (1.08.05). | Anne-Marie Blanchard | 101 | 150 | 67 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| Les balises des références plus systématiques des cliniques externes de psychiatrie sont terminées, ce qui permettra d'augmenter le nombre de clients. | | | | | | |
| DÉPENDANCE | | | | | | |
| 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique | | | | | | |
| 24 | Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS (1.07.05). | Anne-Marie Blanchard | 111 | 150 | 74 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| À l'avenir, les activités de repérage seront intégrées dans l'entrée de données des professionnels, ce qui permettra d'avoir un aperçu plus réaliste et de démontrer l'atteinte de la cible. La création du CISSS permettra d'améliorer l'accès aux services de première ligne en dépendance. | | | | | | |
| 3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins | | | | | | |
| 25 | Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centres de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins (1.07.04). | Anne-Marie Blanchard | 84 % | 80 % | 105 % | |





| Indicateur | Directeur imputable | 2014-2015 | Engagement 14-15 | % d'atteinte | Évaluation | |
|---|---|-----------------|----------------------|---|------------|---|
| SOUTIEN À L'AUTONOMIE | | | | | | |
| 26 | Évaluer les besoins à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée. | Hélène Boisvert | 89 % | 100 % | 89 % |  |
| 27 | Évaluer les besoins à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) pour tous les usagers hébergés dans les lits d'hébergement permanent de CHSLD public en CSSS et hors CSSS. | Hélène Boisvert | 78 % | 100 % | 78 % |  |
| 28 | Élaborer des plans de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS) pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée ayant un profil 4 et plus. | Hélène Boisvert | 68 % au 31 mars 2015 | 100 % | 68 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| # 26 Compte tenu du roulement des usagers, le pourcentage est variable. Il n'est donc pas possible d'obtenir 100 % en temps réel. | | | | | | |
| # 28 La formation des intervenants a retardé la mise en œuvre du PSIAS. On s'engage à atteindre la cible à la fin juin 2015 conformément à la cible de l'entente de gestion. | | | | | | |
| 2.4.2 Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants | | | | | | |
| 29 | Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS) (1.03.05). | Hélène Boisvert | 282 708 | 289 416 (334 416-45 000) | 98 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| Suivi auprès des équipes réalisé à chaque période. Validation des données à poursuivre pour s'assurer d'avoir un portrait réel. Actions à venir afin de résoudre la problématique majeure concernant la planification des remplacements des auxiliaires familiales et sociales. | | | | | | |
| Au niveau de la cible, nous devons tenir compte de la réduction de 45 000 heures considérant la transformation du chèque emploi service. | | | | | | |
| 2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS | | | | | | |
| 30 | Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) (1.03.06). | Hélène Boisvert | 62 % | 70 % | 88 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| Les intervenants désignés comme gestionnaire de cas ont été formés à l'hiver 2015. Le cadre de référence est présentement en cours de rédaction. La prise en charge débutera sous peu. | | | | | | |
| 2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées | | | | | | |
| 31 | Pourcentage des composantes ayant été mises en place soutenant l'approche gériatrique (1.03.07). | Hélène Boisvert | 54 % | 4 des 6 composantes pour toutes les unités (incluant l'urgence) | 54 % |  |
| 32 | Pourcentage des nouvelles personnes admises dans les lits d'hébergement permanent en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14. | Hélène Boisvert | 80 % | 90 % | 89 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| # 31 Mise en place de tableaux de bord permettant de suivre l'avancement des travaux / Formation E-learning aux soins intensifs / Déploiement de séances de coaching des intervenants par thématique pour les 2 prochaines années/ Mise en place de la semaine de l'approche adaptée pour personnes âgées afin de faire connaître l'approche gériatrique / Plan de communication en cours de réalisation. | | | | | | |
| # 32 Mise en place de 8 lits de soins palliatifs en CHSLD permettant de distinguer les usagers en fin de vie. | | | | | | |
















| Indicateur | | Directeur imputable | 2014-2015 | Engagement 14-15 | % d'atteinte | Évaluation |
|---|---|----------------------|---------------------------|------------------|--------------|------------|
| SANTÉ PHYSIQUE | | | | | | |
| 2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents) | | | | | | |
| 33 | Nombre total de GMF implantés (1.09.25). | Anne-Marie Blanchard | 6 | 6 | 100 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| Au total, 5 GMF et 1 nouveau modèle en plus du développement d'infirmières de proximité dans certaines régions (GMF St-Félix, GMF Lanaudière, GMF Montcalm, GMF ST-Donat, GMF Rawdon, nouveau modèle à St-Gabriel, lien entre la clinique médicale et le CLSC). | | | | | | |
| 3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois | | | | | | |
| 34 | Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour (1.09.20.04). | Jacinthe Bélanger | 86 % (188/219 usagers) | 90 % | 95 % | |
| 35 | Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche (1.09.20.01). | Jacinthe Bélanger | 90 % (9/10 usagers) | 90 % | 100 % | |
| 36 | Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou (1.09.20.02). | Jacinthe Bélanger | 80 % (12/15 usagers) | 90 % | 89 % | |
| 37 | Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte (1.09.20.03). | Jacinthe Bélanger | 94 % (253/268 usagers) | 90 % | 105 % | |
| 38 | Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (1.09.20.05). | Jacinthe Bélanger | 97 % (180/186 usagers) | 90 % | 108 % | |
| 39 | Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale de la hanche (1.09.32.01). | Jacinthe Bélanger | (2/34 usagers) | 0 | 0 % | |
| 40 | Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale du genou (1.09.32.02). | Jacinthe Bélanger | (0/107 usagers) | 0 | 100 % | |
| 41 | Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte (1.09.32.03). | Jacinthe Bélanger | (2/897 usagers) | 0 | 0 % | |
| 42 | Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour (1.09.32.04). | Jacinthe Bélanger | (161/1001 usagers) | 0 | 0 % | |
| 43 | Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation (1.09.32.05). | Jacinthe Bélanger | (21/322 usagers) | 0 | 0 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| # 34 à # 43 L'arrivée de deux orthopédistes additionnels accentue le nombre de requêtes et oblige un réaménagement des priorités opératoires. Une gestion plus rigoureuse de la planification versus les délais d'attente est en cours. Le processus de communication des hors délais a été renouvelé en collaboration avec la DSP pour faciliter la prise de décision. | | | | | | |

| | <i>Indicateur</i> | <i>Directeur imputable</i> | <i>2014-2015</i> | <i>Engagement 14-15</i> | <i>% d'atteinte</i> | <i>Évaluation</i> |
|---|--|----------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------|
| 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes du cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours | | | | | | |
| 44 | Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai inférieur ou égal à 28 jours en chirurgie oncologique (1.09.33). | Jacinthe Bélanger | 73 % (33/45 usagers) | 90 % | 81 % | |
| 45 | Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai inférieur ou égal à 56 jours en chirurgie oncologique (1.09.33). | Jacinthe Bélanger | 98 % (44/45 usagers) | 100 % | 98 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| # 44-45 Le délai s'explique à la fois par la croissance des demandes et la période d'attente de confirmation du diagnostic par le service de pathologie. Des réaménagements d'horaires et de processus de travail ont été effectués afin de réduire les délais en pathologie. | | | | | | |
| Urgence | | | | | | |
| 46 | Nombre moyen de patients au centre hospitalier 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 (4.01.01). | Hélène Boisvert | 15,9 | 3 | 530 % | |
| 47 | Nombre moyen de patients au centre hospitalier en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée excluant la santé mentale (4.01.05). | Hélène Boisvert | 7,0 | 3 | 233 % | |
| 48 | Nombre moyen de patients au centre hospitalier en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée excluant la santé mentale (4.01.06). | Hélène Boisvert | 0,0 | 3 | 100 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| # 46-47 Des actions favorisant le transfert plus rapide des clients vers des ressources adaptées en post-hospitalier font partie des mesures incluses au plan. | | | | | | |
| 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière | | | | | | |
| 49 | Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière (1.09.31). | Jacinthe Bélanger | 34 % | 25 % | 137 % | |
| 50 | Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière (1.09.03). | Jacinthe Bélanger | 14 % | 0 % | 0 % | |
| 51 | Séjour moyen sur civière (1.09.01). | Jacinthe Bélanger | 23,0 | Moins de 12 heures | 121 % | |
| Commentaires | | | | | | |
| # 49-50-51 Un plan de désengorgement de l'urgence est en vigueur regroupant les actions prioritaires, notamment la réduction de la DMS sur civière à l'urgence et à l'hospitalisation. Des approches spécialisées ont été réalisées avec les médecins de l'urgence. | | | | | | |



| <i>Indicateur</i> | | <i>Directeur imputable</i> | <i>2014-2015</i> | <i>Engagement 14-15</i> | <i>% d'atteinte</i> | <i>Évaluation</i> |
|---|--|----------------------------|------------------|-------------------------|---------------------|---|
| Imagerie médicale | | | | | | |
| 52 | Atteindre la cible visée pour chacun des neufs types d'examens identifiés pour la clientèle élective : 90 % des examens électifs en attente de moins de 3 mois. (1.09.34 à 1.09.37). | Jacinthe Bélanger | 51 % | 90 % examens en attente | 57 % |  |
| 53 | 100 % des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins. | Jacinthe Bélanger | 83 % | 90 % examens lus | 92 % |  |
| 54 | 90 % des examens électifs réalisés en moins de 3 mois. | Jacinthe Bélanger | 86 % | 90 % examens réalisés | 95 % |  |
| 55 | 100 % des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins. | Jacinthe Bélanger | 54 % | 90 % examens transcrits | 60 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| # 52-55 La croissance importante des examens radiologiques engendre à certaines périodes un délai dans la réalisation des activités de transcription. L'algorithme de priorisation est toutefois respecté. Lorsque le délai représente un risque, des ressources externes sont ajoutées via un partenariat avec une firme privée. Pour la transcription des rapports, les délais sont respectés pour les requêtes de l'urgence et des usagers hospitalisés. | | | | | | |

| Indicateur | | Directeur imputable | 2014-2015 | Engagement 14-15 | % d'atteinte | Évaluation |
|--|---|---------------------|-----------|------------------|--------------|---|
| RESSOURCES HUMAINES | | | | | | |
| 2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne | | | | | | |
| 56 | Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisée et offrant des services de première ligne (3.07). | Robin Gagnon | 12 | 12 | 100 % |  |
| 5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité | | | | | | |
| 57 | Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières (3.05.01). | Isabelle Lalonde | 6,76 % | 5,15 % | 131 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| # 57-59 Analyse des causes et des secteurs les plus problématiques afin de mettre en place les solutions adaptées. Poursuite du travail de révision des structures de postes FIQ pour diminuer la MOI. En septembre 2015, on évaluera le pourcentage de diminution de la MOI (inf.) que l'on pourra exiger de l'organisation. | | | | | | |
| 5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main d'oeuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en oeuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles | | | | | | |
| 58 | Pourcentage de mis à jour du plan de main-d'oeuvre. | Isabelle Lalonde | 70 % | 100 % | 70 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| Certaines actions ont été repriorisées en fonction d'éléments jugés prioritaires, ce qui explique qu'il n'a pas été possible d'atteindre 100 % au 31 mars 2015. | | | | | | |
| 5.1.6 Réduire le recours à la main-d'oeuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique | | | | | | |
| 59 | Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières (3.06.01). | Isabelle Lalonde | 6,06 % | 3,67 % | 165 % |  |
| 60 | Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires (3.06.02). | Isabelle Lalonde | 1,48 % | 1,94 % | 76 % |  |
| 61 | Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires (3.06.03). | Isabelle Lalonde | 0,41 % | 0,06 % | 683 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| # 60-61 À compter de la fin novembre 2014, le recours à la main-d'oeuvre indépendante n'a plus été autorisé pour les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires, ce qui a permis de réduire le pourcentage. | | | | | | |
| 5.2.1 Mettre en oeuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du MSSS en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé | | | | | | |
| 62 | Obtenir l'accréditation de l'agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines (3.14). | Isabelle Lalonde | 94,3 % | Agréé | 100 % |  |
| 63 | Accréditation par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail (SMSST) (3.13). | Isabelle Lalonde | En cours | 100 % | 25 % |  |
| 64 | Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées (3.01). | Isabelle Lalonde | 8,30 % | 7,63 % | 109 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| # 63 L'établissement est accompagné par l'AQESSS afin d'obtenir l'accréditation. # 64 Plusieurs actions en cours ou à venir : rendre disponible les résultats par direction pour améliorer le suivi des dossiers, structurer le suivi médico-administratif des dossiers, rencontres statutaires pour le suivi des dossiers (chef du service de santé ou agent, coordonnateur et gestionnaires). | | | | | | |

| Indicateur | Directeur imputable | 2014-2015 | Engagement 14-15 | % d'atteinte | Évaluation | |
|---|---|-------------------|----------------------------------|---|------------|---|
| 5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail | | | | | | |
| 65 | Pourcentage de mis en œuvre du programme de soutien clinique - Volet préceptorat (3.10). | Robin Gagnon | 100 % | 100 % | 100 % |  |
| Développement durable | | | | | | |
| Stratégie québécoise d'économie d'eau potable | | | | | | |
| 66 | Poursuivre la mise en œuvre des phases 1 et 2 du programme d'amélioration de l'efficacité de la consommation d'eau potable dans ses établissements. | Pascale Gagné | Phase 1 : 75 % Phase 2 : 50 % | Poursuivre la mise en œuvre phases 1 et 2 | 100 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| Le programme d'amélioration de l'efficacité de la consommation d'eau potable est appliqué pour toutes les rénovations réalisées au CSSS. Les équipements ayant un refroidisseur à l'eau potable sont changés graduellement (salle des serveurs, chambre froide, poubelle, numériseur, etc...). D'ici 2016, nous devons atteindre les objectifs de réduction du % d'eau potable visé par le MSSS. | | | | | | |
| Hygiène et salubrité | | | | | | |
| 67 | Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité (2.02.02). | Pascale Gagné | 0 % | 100 % | 0 % |  |
| Commentaires | | | | | | |
| 0 % selon la méthode de calculs proposée du MSSS. Les zones grises sont réglées à 90 % pour les unités de courte durée. L'évaluation n'a pas été réalisée pour les unités de longues durées et les autres secteurs. Cependant, l'inventaire de tous les items devant faire l'objet d'un entretien a été fait. La majorité sont déjà entretenus, soit par le service de salubrité ou les services-clients. Les articles dont l'entretien n'est toujours pas bien défini font présentement l'objet d'un questionnaire auprès des coordonnateurs et des chefs de service des unités de courte durée. Certaines grilles de suivi ont même été proposées afin de s'assurer de l'exécution du travail. Une rencontre est prévue en mars 2015 afin de poursuivre le dossier. | | | | | | |
| Répertoire des ressources | | | | | | |
| 68 | Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) mises à jour dans les délais. | Lorraine Boisjoly | 100 % | 95 % | 105 % |  |

Ressources humaines de l'établissement

Effectifs de l'établissement

| | Exercice en cours | Exercice antérieur |
|---|-------------------|--------------------|
| Les cadres (en date du 31 mars) : | | |
| Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 163 | 157 |
| Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 2,2 | 5 |
| Nombre de cadres en stabilité d'emploi | 1 | 1 |
| Les employés réguliers (en date du 31 mars) : | | |
| Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 1 928 | 1 801 |
| Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 1076,7 | 828 |
| Nombre d'employés en sécurité d'emploi | 1 | 1 |
| Les occasionnels | | |
| Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice | 2 315 342,4 | 2 237 042 |
| Équivalents temps complet (b) | 1243 | 1 224 |

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail/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 :
Nombre d'heures rémunérées/1 827 ou 1 834 (année bissextile) heures, ou un chiffre jugé plus approprié par l'établissement.

Contrôle des effectifs

| | |
|--|-----------|
| Total des heures rémunérées de janvier à mars 2014 | 1 938 170 |
| Total des heures rémunérées de janvier à mars 2015 | 1 976 354 |
| Écart | (38 184) |
| Variation en % | 2,0 % |

La cible n'a pas été respectée.

Précision sur l'ampleur du dépassement

Dépassement en lien avec du développement autorisé (6 000 heures)

- Ouverture de 4 lits supplémentaires aux soins intensifs (financement du Ministère).
- Ajout d'heures pour les infirmières praticiennes spécialisées (financement du Ministère).
- Ajout d'heures pour les infirmières en milieu rural (financement régional).

Dépassement en lien avec un transfert d'heures (14 000 heures)

- Réduction de l'utilisation des heures de main-d'œuvre indépendante.

Dépassement réel (16 000 heures)

- Postes vacants et non remplacement en 2014 pour le soutien à domicile.
- Augmentation des heures d'assurance-salaire.

Mesures mises en oeuvre pour respecter la cible

Un plan d'action intégré sur la main-d'œuvre a été mis en place afin de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante, le temps supplémentaire et l'assurance-salaire.

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015

| | Nombre | Valeur |
|---|--------|--------------|
| Contrat de services avec une personne physique ¹³ | 0 | 0 \$ |
| Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ¹⁴ | 17 | 3 889 856 \$ |
| Total de contrats de services | 17 | 3 889 856 \$ |

¹³ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

¹⁴ Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.



Relations avec la clientèle

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Relevant du conseil d'administration du CSSS, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Dans ce cadre, elle doit assister l'usager qui désire porter plainte. Elle accueille les plaintes des usagers concernant les services de santé et les services sociaux que les usagers ont reçus, reçoivent, requièrent ou auraient dû recevoir. Lorsqu'une plainte concerne les services effectués par un médecin, un dentiste, un résident en médecine ou un pharmacien, la commissaire accueille la plainte et la transfère au médecin examinateur pour qu'il procède à son traitement.

La commissaire a également le pouvoir d'intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il y a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés. Elle diffuse de l'information sur les droits des usagers, le code d'éthique et fait la promotion du régime d'examen des plaintes. De plus, elle a pour mandat d'émettre des recommandations en vue d'améliorer la qualité des services. Ces dernières sont déposées au comité de vigilance et de la qualité qui veille à en assurer le suivi auprès du conseil d'administration.

Principales activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

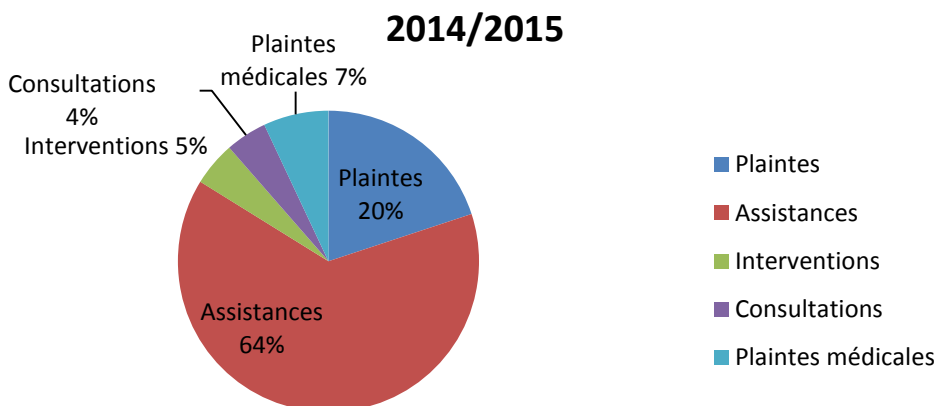
Au cours de l'exercice 2014-2015, 1 116 dossiers ont été traités par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et son adjointe, ce qui représente une augmentation de 8 % par rapport à l'année précédente. Ces dossiers se répartissent ainsi : 239 plaintes, 767 assistances, 57 interventions et 53 consultations. De plus, 87 plaintes médicales ont été accueillies dont 84 ont été conclues durant l'exercice.

Sommaire des dossiers conclus de 2013 à 2015

| Année | Plaintes | Assistances | Interventions | Consultations | Plaintes médicales | Total |
|-----------|----------|-------------|---------------|---------------|--------------------|--------------|
| 2014/2015 | 239 | 767 | 57 | 53 | 84 | 1 200 |
| 2013/2014 | 196 | 731 | 51 | 60 | 80 | 1 118 |

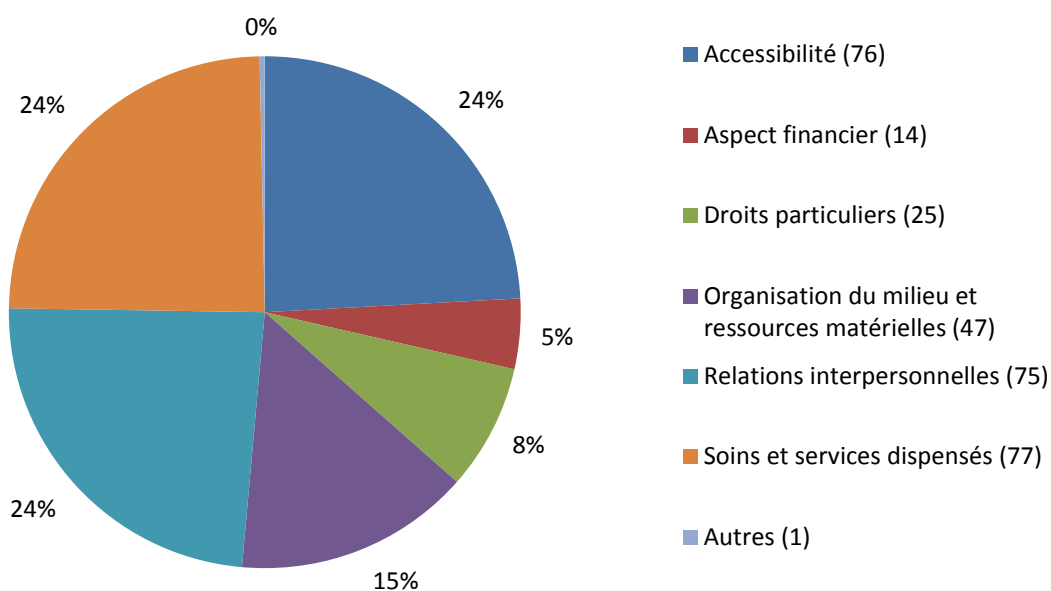
Le tableau montre une augmentation importante des plaintes de 22 %, une augmentation des demandes d'assistance de 5 %, une augmentation des interventions de 12 %, une diminution des consultations de 12 % et une augmentation des plaintes médicales de 5 %.

Répartition des dossiers traités en 2014-2015



Le nombre de motifs s'élève à 315 et sont répartis dans 6 catégories. Les demandes en lien avec l'accessibilité, les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles sont au premier rang et représentent 72 % de l'ensemble des motifs.

Sommaire des motifs de plaintes, demandes d'assistance et d'interventions



Activités liées au traitement des dossiers de la commissaire

Bilan des dossiers selon l'étape d'examen

| Délai d'examen | Nombre | 2014-2015 | 2013-2014 |
|---|--------|-----------|-----------|
| Selon les délais (45 jours et moins) | 127 | 53,13 % | 62,26 % |
| Hors délais (plus de 45 jours) | 112 | 46,86 % | 37,74 % |

Ce tableau présente les délais de traitement des plaintes selon l'application de la procédure générale d'examen des plaintes. Il est à noter que 53 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la loi, comparativement à 62 % pour l'année 2013-2014. Le respect du délai de 45 jours pour le traitement des plaintes demeure un défi au quotidien pour la commissaire et son adjointe. C'est pourquoi une démarche d'amélioration continue de la qualité (Lean Six Sigma) a été mise en place au sein du service, en novembre 2014, afin d'atteindre la cible visée et prescrite par la loi. La révision des processus quant à la façon de traiter les plaintes a permis d'apporter des pistes d'amélioration.

Principales mesures d'amélioration et recommandations

Le bilan des mesures d'amélioration demeure positif :

- Pour les dossiers de plaintes, des mesures d'amélioration ont été réalisées dans 48 % des dossiers conclus, dont 61 % étaient à portée individuelle et 39 % étaient à portée systémique;
- Pour les dossiers d'intervention, des mesures d'amélioration ont été réalisées dans 60 % des dossiers conclus, dont 44 % étaient à portée individuelle et 56 % à portée systémique.

Ces mesures d'amélioration touchent principalement l'adaptation des soins et services, la qualité, l'accessibilité, la sensibilisation des intervenants en lien avec l'attitude et le comportement à l'égard de la clientèle, l'adaptation du milieu et de l'environnement et la révision de protocoles cliniques et administratifs.

Quatre rencontres se sont tenues avec le comité de vigilance et de la qualité. Lors de ces rencontres, la commissaire a présenté les conclusions des plaintes reçues au Service des relations avec la clientèle et l'ensemble des recommandations émises par la commissaire locale et le Protecteur du citoyen pour leurs suivis. Au cours de la dernière année, des ajustements ont été faits au niveau des outils par la commissaire afin d'améliorer et de faciliter le suivi de l'ensemble des recommandations par les membres du comité de vigilance et de la qualité (CVQ). Dans le cadre de son suivi concernant la réalisation des recommandations, le CVQ a pu donner une quittance aux directions concernées dans 17 dossiers, soit dans 68 % des dossiers présentés et parallèlement, 35 recommandations ont été appliquées directement dans les secteurs pour un taux d'application de 76 %.

Plaintes transmises au Protecteur du citoyen selon le motif

Durant l'exercice 2014-2015, 22 dossiers ont été portés en deuxième instance au Protecteur du citoyen par la clientèle. Sur 14 dossiers traités, 3 recommandations ont été émises. Deux demandes ont été abandonnées par les plaignants et un traitement a été cessé, l'utilisateur ne pouvant être joint.

Plaintes transmises au Protecteur du citoyen selon le motif

| Motifs | Nombre de dossiers |
|---|---------------------------|
| Accessibilité | 6 |
| Aspect financier | 2 |
| Soins et services dispensés | 8 |
| Droits particuliers | 2 |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 1 |
| Relations interpersonnelles | 4 |

Autres activités de la commissaire

La commissaire a participé à 137 activités liées à ses fonctions visant la promotion du régime d'examen des plaintes, des droits des usagers ainsi que du code d'éthique.

Activités effectuées :


- Participation à des rencontres avec le comité des usagers et les comités de résidents;
- Rencontre des nouveaux gestionnaires des différentes directions;
- Participation aux rencontres d'accueil des nouveaux employés;
- Participation aux rencontres des regroupements intra et inter-régionaux des commissaires locaux aux plaintes;
- Participation aux cinq rencontres populationnelles;
- Participation aux rencontres de bilan lors des visites ministérielles;
- Dispensation d'un programme de formation pour les employés du CSSS;
- Vérifications préventives spontanées au sein des unités et services.

Sondage de satisfaction

Un sondage de satisfaction à l'égard des interventions de la commissaire locale et de son personnel est acheminé par la poste lors de l'envoi de la conclusion de celles-ci aux clients ayant porté plainte. Le taux de satisfaction est de 90 % et le taux de participation est de 49 %.

Défis et priorités

Un plan d'action annuel est déposé auprès des membres du comité de vigilance et de la qualité par la commissaire locale aux plaintes et de la qualité des services ciblant six grands axes, soit : le délai de traitement des plaintes, la qualité des soins et services, les liens intra et inter-régionaux, la promotion du code d'éthique et du régime de traitement des plaintes et le développement des compétences.



Dans le cadre de la transformation du réseau, à la suite de l'adoption de la Loi 10, la commissaire aura un rôle de premier plan pour assurer le respect des droits des usagers et le maintien de la qualité des soins et services offerts à la clientèle, et ce, particulièrement durant la période de transition. De plus, tous les efforts seront déployés afin d'unifier les modes de traitement des plaintes des établissements fusionnés, d'accompagner la clientèle pour qu'elle ne subisse pas de contrecoup de cette transformation et d'assurer un accès facilitant pour le dépôt de ses plaintes.

Accès au rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Le rapport annuel de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est intégré au rapport annuel de gestion 2014-2015 qui sera disponible sur le site web de l'établissement.

Médecin examinateur

Au cours de la dernière année, le médecin examinateur a reçu 87 plaintes. Cinq dossiers de l'année précédente étaient encore en traitement. Huit plaintes n'ont pu être conclues durant l'année. Un total de 84 dossiers a donc été traité. Certaines plaintes peuvent viser à la fois la qualité de l'acte et le comportement. Ainsi, 61 plaintes concernaient la qualité de l'acte, dont 6 étaient fondées, et 25 avaient trait au comportement, dont 9 étaient fondées.

Le médecin examinateur a émis 22 remarques et recommandations aux médecins visés. Deux plaintes ont été portées à l'attention de l'exécutif du CMDP.

Comité de révision

Composition

Mme Lucie Thibodeau, présidente
Dre Isabelle Morency, membre
Dre Alexandra Redburn, membre

Le comité de révision se compose de deux membres du CMDP et d'un membre désigné du conseil d'administration.

Son mandat est d'étudier le dossier de plainte transmis par le médecin examinateur. Il s'assure que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité et que les motifs des conclusions du médecin examinateur se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.



Le comité peut :

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur, ou;
- Requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions à toutes les parties concernées ainsi qu'au commissaire local, ou;
- Acheminer la plainte au CMDP pour qu'elle soit traitée à des fins disciplinaires, ou;
- Recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

Pour le présent exercice, 14 dossiers ont été traités par le comité de révision lors de 9 rencontres. Un dossier avait trait aux relations interpersonnelles, tandis que 13 dossiers concernaient les soins et services dispensés.

Le comité de révision a maintenu les conclusions du médecin examinateur dans 11 dossiers et un complément d'examen a été demandé dans les 3 autres. Tous les dossiers ont été conclus en date du 31 mars 2015.



Satisfaction des usagers

Le CSSS est soucieux d'établir et de développer des mécanismes et des activités afin de maintenir des relations harmonieuses avec sa clientèle.

Rencontres avec la population

En collaboration avec le comité des usagers et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, le CSSS a tenu, pour une deuxième année consécutive, des rencontres avec la population. Celles-ci se sont tenues dans les municipalités de Notre-Dame-des-Prairies, Rawdon, Saint-Gabriel-de-Brandon, Saint-Lin-Laurentides et Saint-Michel-des-Saints et ont permis la rencontre de plus de 200 personnes.

Les préoccupations des citoyens rencontrés touchaient principalement l'accès aux médecins de famille, le soutien à domicile (répit) et les services aux personnes vulnérables (déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique). La population s'est dite très satisfaite des améliorations apportées en ce qui a trait à la vaccination, aux infirmières en milieu rural et aux infirmières praticiennes spécialisées, lesquelles émanaient des préoccupations exprimées lors des rencontres populationnelles de 2013.

Sondages de satisfaction

Dans le cadre de la démarche d'agrément, trois sondages de satisfaction ont été réalisés auprès de la clientèle de l'établissement. Réalisés en février 2014 par le Conseil québécois d'Agrément, ces sondages avaient pour but de mesurer la satisfaction de la clientèle sur la base de trois critères :

- **Relation avec le client**, évaluant les aspects du respect, de la confidentialité, de l'empathie et de l'accessibilité;
- **Prestation professionnelle**, évaluant la fiabilité, la responsabilisation, l'apaisement et la solidarisation;
- **Organisation des services**, évaluant la simplicité, la continuité, la rapidité et le confort.

Au total, 2 198 personnes du Nord de Lanaudière ont été sollicitées et 1 500 ont répondu aux sondages.

Au centre hospitalier, comme en CLSC, le niveau de satisfaction de la clientèle s'est amélioré, et ce, pour les trois indicateurs mesurés, comme l'indique les résultats qui suivent.

Niveau de satisfaction de la clientèle au CHRDL et en CLSC

| Indicateurs | CSSS du Nord de Lanaudière | | Évolution depuis 2011 | |
|-----------------------------------|----------------------------|------|-----------------------|-----|
| | 2014 | 2011 | | |
| Relation avec le client | 88 % | 86 % | ↑ | + 2 |
| Prestation professionnelle | 86 % | 84 % | ↑ | + 2 |
| Organisation des services | 81 % | 79 % | ↑ | + 2 |

Dans une perspective d'amélioration continue, ces résultats sont très intéressants. Ils ont d'ailleurs été transmis aux gestionnaires et aux équipes qualité de chacun des secteurs pour analyse et ont donné lieu à des plans d'action afin d'identifier les zones d'amélioration et de perpétuer les éléments positifs.


Dans nos centres d'hébergement : 161 résidents et 300 proches et familles des résidents ont répondu au sondage.

Il en est de même pour les centres d'hébergement du territoire. Le niveau de satisfaction de la clientèle s'est amélioré, et ce, pour les trois indicateurs mesurés. Notons que pour l'indicateur « Relation avec le client », le CSSS obtient un résultat supérieur à la moyenne obtenue dans des établissements comparables. On peut donc dire que la relation avec le client constitue une des forces de l'établissement en centre d'hébergement. Encore ici, les résultats ont fait l'objet d'une analyse et d'un plan d'action.

Niveau de la satisfaction de la clientèle en centre d'hébergement

| Indicateurs | CSSS du Nord de Lanaudière | | Évolution depuis 2011 | |
|-----------------------------------|----------------------------|------|-----------------------|-----|
| | 2014 | 2011 | | |
| Relation avec le client | 88 % | 82 % | ↑ | + 6 |
| Prestation professionnelle | 85 % | 83 % | ↑ | + 2 |
| Organisation des services | 84 % | 82 % | ↑ | + 2 |

Pour le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) de Lanaudière : 237 usagers ont répondu au sondage.



En ce qui concerne le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) de Lanaudière, il en était à son premier sondage de satisfaction de la clientèle. La comparaison avec d'autres établissements poursuivant la même mission montre que le CRD de Lanaudière se démarque à tout point de vue et, encore une fois, plus particulièrement en ce qui a trait à la relation avec le client.

Niveau de la satisfaction de la clientèle au CRD de Lanaudière

| Indicateurs | CRD de Lanaudière | Autres établissements |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Relation avec le client | 95 % | 92 % |
| Prestation professionnelle | 91 % | 86 % |
| Organisation des services | 90 % | 87 % |

Soulignons enfin que le travail amorcé s'est poursuivi avec le comité des usagers de l'établissement afin de consolider le partenariat en matière de mesure de la satisfaction de la clientèle, et ce, en mettant de l'avant les principes de l'approche collaborative.



États financier et analyse des résultats des opérations

Rapport de la direction

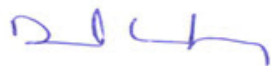
Les états financiers du CSSS du Nord de Lanaudière ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent 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 de CSSS du Nord 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.



Daniel Castonguay
Président-directeur général



Directrice des ressources financières et de
la logistique

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés



MARTIN, BOULARD S.E.N.C.R.L.

SOCIÉTÉ DE COMPTABLES PROFESSIONNELS AGRÉÉS

Joliette 450 759 2825
Rawdon 450 834 8173
Mtl. 450 586 6112
Télec. 450 752 1235
info@mba.qc.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 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 Nord de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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 Nord 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 Nord de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 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 Nord de Lanaudière pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que tel qu'il est exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, 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 Nord de Lanaudière au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation 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.

¹
Martin, Boulard S.E.N.C.R.L.

Joliette, le 22 juin 2015

¹ Par Maryse De Grandpré, CPA auditrice, CA

État des résultats (tous les fonds) (\$)

| | Budget | Exploitation | Immobilisations | Total | |
|---|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| | | Exercice courant | Exercice courant | Exercice courant | Exercice précédent |
| Revenus | | | | | |
| Subventions Agence et MSSS | 332 983 661 | 320 028 205 | 15 510 812 | 335 539 017 | 327 480 352 |
| Subventions Gouvernement du Canada | | | | | |
| Contributions des usagers | 22 280 428 | 22 375 168 | | 22 375 168 | 22 164 976 |
| Ventes de services et recouvrements | 6 175 039 | 7 176 139 | | 7 176 139 | 6 590 380 |
| Donations | 778 030 | 105 833 | 788 299 | 894 132 | 747 400 |
| Revenus de placement | 28 819 | 22 957 | 3 250 | 26 207 | 28 262 |
| Revenus de type commercial | 2 291 289 | 2 422 887 | | 2 422 887 | 1 860 431 |
| Gain sur disposition | | | 1 832 | 1 832 | 1 375 |
| Autres revenus | 2 799 440 | 2 642 859 | 41 814 | 2 684 673 | 3 522 688 |
| Total des revenus | 367 336 706 | 354 774 048 | 16 346 007 | 371 120 055 | 362 395 864 |
| Charges | | | | | |
| Salaires, avantages sociaux et charges sociales | 250 085 214 | 253 614 830 | | 253 614 830 | 243 484 261 |
| Médicaments | 11 875 569 | 12 294 710 | | 12 294 710 | 11 949 365 |
| Produits sanguins | 7 518 940 | 7 363 247 | | 7 363 247 | 7 080 653 |
| Fournitures médicales et chirurgicales | 14 865 225 | 14 045 530 | | 14 045 530 | 13 987 013 |
| Denrées alimentaires | 3 591 756 | 3 596 510 | | 3 596 510 | 3 547 064 |
| Rétributions versées aux ressources non institutionnelles | 19 034 619 | 18 920 394 | | 18 920 394 | 17 853 673 |
| Frais financiers | 4 248 726 | 104 209 | 4 139 060 | 4 243 269 | 4 130 828 |
| Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations | 3 869 208 | 2 542 326 | 587 903 | 3 130 229 | 4 099 592 |
| Créances douteuses | 100 000 | 219 735 | | 219 735 | 199 093 |
| Loyers | 4 983 008 | 4 822 666 | | 4 822 666 | 4 801 414 |
| Amortissement des immobilisations | 10 464 065 | | 10 542 484 | 10 542 484 | 9 900 964 |
| Perte sur disposition d'immobilisations | 75 000 | | 90 681 | 90 681 | 84 038 |
| Autres charges | 36 591 691 | 37 749 733 | | 37 749 733 | 39 433 839 |
| Total des charges | 367 303 021 | 355 273 890 | 15 360 128 | 370 634 018 | 360 551 797 |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE | 33 685 | (499 842) | 985 879 | 486 037 | 1 844 067 |

Le résultat combiné des activités d'exploitation et d'immobilisations se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 486 037 \$. Ce résultat combiné inclut une charge au montant de 1 096 550 \$ reliée aux indemnités de départ dû à la Loi 10. En excluant cette charge, un surplus des revenus sur les charges au montant de 1 582 587 \$ aurait été imputé aux déficits cumulés.

En vertu des articles 3 et 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* (chapitre E-12.0001), ce résultat combiné est en respect de l'équilibre budgétaire.

État des résultats (fonds d'exploitation) (\$)

| | Budget | Activités principales | Activités accessoires | Exercice courant | Exercice précédent |
|---|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| Revenus | | | | | |
| Subventions Agence et MSSS | 318 023 050 | 319 210 433 | 817 772 | 320 028 205 | 312 629 204 |
| Subventions Gouvernement du Canada | | | | | |
| Contributions des usagers | 22 280 428 | 22 375 168 | | 22 375 168 | 22 164 976 |
| Ventes de services et recouvrements | 6 175 039 | 7 176 139 | | 7 176 139 | 6 590 380 |
| Donations | 61 000 | 105 833 | | 105 833 | 53 830 |
| Revenus de placement | 25 300 | 22 957 | | 22 957 | 25 639 |
| Revenus de type commercial | 2 291 289 | | 2 422 887 | 2 422 887 | 1 860 431 |
| Gain sur disposition | | | | | |
| Autres revenus | 2 799 440 | 712 196 | 1 930 663 | 2 642 859 | 3 522 688 |
| Total des revenus | 351 655 546 | 349 602 726 | 5 171 322 | 354 774 048 | 346 847 148 |
| Charges | | | | | |
| Salaires, avantages sociaux et charges sociales | 250 085 214 | 251 020 789 | 2 594 041 | 253 614 830 | 243 484 261 |
| Médicaments | 11 875 569 | 12 294 710 | | 12 294 710 | 11 949 365 |
| Produits sanguins | 7 518 940 | 7 363 247 | | 7 363 247 | 7 080 653 |
| Fournitures médicales et chirurgicales | 14 865 225 | 14 045 530 | | 14 045 530 | 13 987 013 |
| Denrées alimentaires | 3 591 756 | 3 596 510 | | 3 596 510 | 3 547 064 |
| Rétributions versées aux ressources non institutionnelles | 19 034 619 | 18 920 394 | | 18 920 394 | 17 853 673 |
| Frais financiers | 157 138 | 104 209 | | 104 209 | 97 825 |
| Entretien et réparations | 2 845 117 | 2 542 326 | | 2 542 326 | 2 966 709 |
| Créances douteuses | 100 000 | 219 735 | | 219 735 | 199 093 |
| Loyers | 4 983 008 | 4 822 666 | | 4 822 666 | 4 801 414 |
| Autres charges | 36 591 691 | 36 319 864 | 1 429 869 | 37 749 733 | 39 433 839 |
| Total des charges | 351 648 277 | 351 249 980 | 4 023 910 | 355 273 890 | 345 400 909 |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE | 7 269 | (1 647 254) | 1 147 412 | (499 842) | 1 446 239 |

Le résultat combiné des opérations des activités principales et accessoires se solde par un excédent des charges sur les revenus au montant de 499 842 \$. Ce résultat combiné inclut une charge au montant de 1 096 550 \$ reliée aux indemnités de départ dû à la Loi 10. En excluant cette charge, un surplus des revenus sur les charges au montant de 596 708 \$ aurait été imputé aux déficits cumulés.

État des surplus (déficits) cumulés (\$)

| | Fonds | | Total | |
|--|--------------|-----------------|------------------|--------------------|
| | Exploitation | Immobilisations | Exercice courant | Exercice précédent |
| Surplus (déficits) cumulés au début déjà établis | (11 268 343) | 6 251 872 | (5 016 471) | (6 860 538) |
| Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser) | | | | |
| Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser) | | | | |
| Surplus (déficits) cumulés au début redressés | (11 268 343) | 6 251 872 | (5 016 471) | (6 860 538) |
| Surplus (déficit) de l'exercice | (499 842) | 985 879 | 486 037 | 1 844 067 |
| Autres variations : | | | | |
| Transferts interétablissements (préciser) | | | | |
| Transferts interfonds (préciser) | | | | |
| Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser) | | xxxx | | |
| | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |
| Total des autres variations | | | | |
| Surplus (déficits) cumulés à la fin | (11 768 185) | 7 237 751 | (4 530 434) | (5 016 471) |
| Constitués des éléments suivants : | | | | |
| Affectations d'origine externe | xxxx | xxxx | | |
| Affectations d'origine interne | xxxx | xxxx | 100 000 | |
| Solde non affecté | xxxx | xxxx | (4 630 434) | (5 016 471) |
| Total | xxxx | xxxx | (4 530 434) | (5 016 471) |

État de la situation financière (\$)

| | Fonds | | Total | |
|--|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Exploitation | Immobilisations | Exercice courant | Exercice précédent |
| ACTIFS FINANCIERS | | | | |
| Encaisse (découvert bancaire) | 216 830 | 2 849 264 | 3 066 094 | 2 584 194 |
| Placements temporaires | | | | |
| Débiteur - Agence et MSSS | 19 125 773 | 1 144 289 | 20 270 062 | 28 112 982 |
| Autres débiteurs | 4 786 081 | 249 370 | 5 035 451 | 5 967 949 |
| Créances interfonds | (2 188 534) | 2 188 534 | | |
| Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable | 24 548 170 | 35 111 848 | 59 660 018 | 57 164 812 |
| Placements de portefeuille | | | | |
| Frais reportés liés aux dettes | | 428 989 | 428 989 | 344 134 |
| Autres éléments | 635 825 | | 635 825 | 622 217 |
| Total des actifs financiers | 47 124 145 | 41 972 294 | 89 096 439 | 94 796 288 |
| PASSIFS | | | | |
| Emprunts temporaires | 533 703 | 15 015 489 | 15 549 192 | 29 224 123 |
| Créditeurs - Agence et MSSS | | | | |
| Autres créditeurs et autres charges à payer | 29 699 153 | 3 561 946 | 33 261 099 | 33 543 939 |
| Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées | | 7 256 418 | 7 256 418 | 8 912 890 |
| Intérêts courus à payer | | 1 144 289 | 1 144 289 | 1 091 913 |
| Revenus reportés | 2 208 004 | 9 074 653 | 11 282 657 | 11 476 382 |
| Dettes à long terme | | 140 771 775 | 140 771 775 | 129 143 995 |
| Passifs environnementaux | | | | |
| Passif au titre des avantages sociaux futurs | 29 922 509 | | 29 922 509 | 29 176 163 |
| Autres éléments | 342 038 | | 342 038 | 312 948 |
| Total des passifs | 62 705 407 | 176 824 570 | 239 529 977 | 242 882 353 |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) | (15 581 262) | (134 852 276) | (150 433 538) | (148 086 065) |
| ACTIFS NON FINANCIERS | | | | |
| Immobilisations | | 142 090 027 | 142 090 027 | 138 662 765 |
| Stocks de fournitures | 3 175 695 | | 3 175 695 | 2 726 688 |
| Frais payés d'avance | 637 382 | | 637 382 | 1 680 141 |
| Total des actifs non financiers | 3 813 077 | 142 090 027 | 145 903 104 | 143 069 594 |
| CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT | | | | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS | (11 768 185) | 7 237 751 | (4 530 434) | (5 016 471) |

État de la variation des actifs nets (dette nette) (\$)

| | Budget | Fonds | | Total | |
|--|---------------|--------------|-----------------|------------------|--------------------|
| | | Exploitation | Immobilisations | Exercice courant | Exercice précédent |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS | (148 086 065) | (15 675 172) | (132 410 893) | (148 086 065) | (131 764 568) |
| Modifications comptables avec retraitement des années antérieures | | | | | |
| Modifications comptables sans retraitement des années antérieures | | | | | |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ | (148 086 065) | (15 675 172) | (132 410 893) | (148 086 065) | (131 764 568) |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE | 33 685 | (499 842) | 985 879 | 486 037 | 1 844 067 |
| VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS | | | | | |
| Acquisitions | (19 500 000) | | (14 060 427) | (14 060 427) | (26 806 763) |
| Amortissement de l'exercice | 10 464 065 | | 10 542 484 | 10 542 484 | 9 900 964 |
| (Gain)/Perte sur dispositions | 75 000 | | 88 849 | 88 849 | 82 663 |
| Produits sur dispositions | | | 1 832 | 1 832 | 1 375 |
| Réduction de valeurs | | | | | |
| TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS | (8 960 935) | | (3 427 262) | (3 427 262) | (16 821 761) |
| VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE | | | | | |
| Acquisition de stocks de fournitures | (34 111 209) | (30 355 682) | | (30 355 682) | (32 678 039) |
| Acquisition de frais payés d'avance | (602 395) | (467 024) | | (467 024) | (2 733 034) |
| Utilisation de stocks de fournitures | 33 721 298 | 29 906 675 | | 29 906 675 | 32 477 989 |
| Utilisation de frais payés d'avance | 1 732 536 | 1 509 783 | | 1 509 783 | 1 589 281 |
| TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE | 740 230 | 593 752 | | 593 752 | (1 343 803) |
| Autres variations des surplus (déficits) cumulés | | | | | |
| AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) | (8 187 020) | 93 910 | (2 441 383) | (2 347 473) | (16 321 497) |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN | (156 273 085) | (15 581 262) | (134 852 276) | (150 433 538) | (148 086 065) |

État des flux de trésorerie (\$)

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|--|---------------------|-----------------------|
| ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT | | |
| Surplus (déficit) de l'exercice | 486 037 | 1 844 067 |
| ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE: | | |
| Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts | | |
| Stocks de fournitures et frais payés d'avance | 593 752 | (1 343 803) |
| Perte (gain) sur disposition d'immobilisations | 88 849 | 82 663 |
| Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille | | |
| Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations | | |
| - Gouvernement du Canada | | |
| - Autres | (830 113) | (747 400) |
| Amortissement des immobilisations | 10 542 484 | 9 900 964 |
| Réduction pour moins-value des immobilisations | | |
| Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes | 116 726 | 78 513 |
| Amortissement de la prime ou escompte sur la dette | | |
| Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations | (2 497 966) | (3 202 607) |
| Autres | 219 735 | 199 093 |
| Total des éléments sans incidence sur la trésorerie | 8 233 467 | 4 967 423 |
| Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement | 7 868 142 | 7 809 230 |
| Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement | 16 587 646 | 14 620 720 |
| ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS | | |
| Acquisitions d'immobilisations | (14 060 427) | (26 806 763) |
| Produits de disposition d'immobilisations | 1 832 | 1 375 |
| Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations | (14 058 595) | (26 805 388) |
| ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT | | |
| Variation des placements temporaires | | |
| Placements de portefeuille effectués | | |
| Produit de disposition de placements de portefeuille | | |
| Placements de portefeuille réalisés | | |
| Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement | | |

État des flux de trésorerie (\$) – Suite de la page 62

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|--|---------------------|-----------------------|
| ACTIVITÉS DE FINANCEMENT | | |
| Dettes à long terme : | | |
| Emprunts effectués - Dettes à long terme | 32 236 787 | 29 032 577 |
| Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme | | |
| Emprunts remboursés - Dettes à long terme | (7 157 324) | (6 947 009) |
| Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme | (13 451 683) | (13 668 882) |
| Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette | | |
| Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation | (10 078 004) | 111 707 |
| Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations : | | |
| Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations | 29 845 332 | 34 199 678 |
| Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations | | |
| Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations | (1 205 472) | (992 958) |
| Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations | (32 236 787) | (29 032 577) |
| Variations du Fonds d'amortissement du gouvernement | | |
| Autres | | |
| Flux de trésorerie liés aux activités de financement | (2 047 151) | 12 702 536 |
| AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE | 481 900 | 517 868 |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT | 2 584 194 | 2 066 326 |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN | 3 066 094 | 2 584 194 |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT : | | |
| Encaisse | 3 066 094 | 2 584 194 |
| Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois | | |
| Total | 3 066 094 | 2 584 194 |

État des flux de trésorerie (\$) – Suite de la page 63

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|--|---------------------|-----------------------|
| VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT: | | |
| Débiteurs - Agence et MSSS | 7 842 920 | 4 861 237 |
| Autres débiteurs | 712 763 | (699 630) |
| Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs | 2 760 | 14 028 |
| Frais reportés liés aux dettes | (201 581) | (124 840) |
| Autres éléments d'actifs | (13 608) | 441 302 |
| Créditeurs - Agence et MSSS | | |
| Autres créditeurs et autres charges à payer | (282 840) | (2 678 378) |
| Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées | (1 656 472) | 1 639 545 |
| Intérêts courus à payer | 52 376 | 54 612 |
| Revenus reportés | 636 388 | 3 337 738 |
| Passifs environnementaux | | |
| Passifs au titre des avantages sociaux futurs | 746 346 | 886 620 |
| Autres éléments de passifs | 29 090 | 76 996 |
| TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT | 7 868 142 | 7 809 230 |
| AUTRES RENSEIGNEMENTS : | | |
| Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars | 3 551 325 | 4 150 535 |
| Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars | | |
| Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie | | |
| Intérêts : | | |
| - Intérêts créditeurs (revenus) | 3 753 099 | 3 848 415 |
| - Intérêts encaissés (revenus) | 26 207 | 28 262 |
| - Intérêts débiteurs (dépenses) | 4 126 543 | 4 052 315 |
| - Intérêts déboursés (dépenses) | 107 204 | 101 775 |
| 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 | | |



Notes aux états financiers (montants présentés en \$)

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le CISSS de Lanaudière qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

Modification de convention comptable

Stocks de fournitures

Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'inventaire des pièces d'entretien et réparation des équipements médicaux, l'inventaire de fournitures médicales du système de double-casier ainsi que l'inventaire des fournitures de literie de la buanderie.

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

| | 2014-2015 |
|--|----------------|
| Stocks de fournitures | 532 655 |
| Fournitures médicales et chirurgicales | (77 169) |
| Entretien et réparations | (318 602) |
| Autres charges | (136 884) |
| Surplus (déficits) de l'exercice | <u>532 655</u> |

Opérations liées aux fondations

Le CSSS du Nord de Lanaudière peut compter sur le soutien de la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière pour la réalisation de divers projets.

La Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière, organisme sans but lucratif, a pour mission de contribuer à bonifier et à améliorer la qualité de vie des bénéficiaires du CSSS du Nord de Lanaudière et d'en favoriser le développement et le positionnement dans toutes ses vocations.

Le CSSS du Nord de Lanaudière a confié à la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière l'exploitation du stationnement du CHRDL réservé à l'usage du public.

La Fondation contribue également à l'achat d'équipements spécifiques.

En plus des opérations décrites ci-dessous, le CSSS du Nord de Lanaudière fournit, à titre gratuit, des locaux à la Fondation.

Au cours de l'exercice, les opérations suivantes ont été réalisées entre le CSSS du Nord de Lanaudière et la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière

| | |
|--|--------------|
| 1) Dons accordés par la Fondation et inscrits à titre de revenus reportés : | |
| - Dons pour acquisition d'équipements spécifiques | 741 997 \$ |
| 2) Loyer du stationnement | 2 353 564 \$ |
| Frais de gestion | (19 000) \$ |
| | 2 334 564 \$ |
| 3) Dépenses courantes facturées à la Fondation (petits équipements, poste, diététique, imprimerie, etc.) | 68 770 \$ |
| 4) Montant à recevoir au 31 mars 2015 | 407 622 \$ |

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

| Description des réserves, commentaires et observations | Année 20XX-XX | Nature (R, O ou C) | Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée | État de la problématique au 31 mars 2015 | | |
|---|---------------|--------------------|---|--|---------|---------|
| | | | | R 5 | PR 6 | NR 7 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers | | | | | | |
| Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «Immobilisations corporelles louées», du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. | 2009-10 | R | Aucune, car directive du MSSS. | | | X |
| Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées | | | | | | |
| Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure "l'usager" du sous-centre d'activité 5554 - Supervision et suivi des usagers en RNI - perte d'autonomie liée au vieillissement, ne sont pas valables. | 2012-13 | C | Le système provincial SIRTIF est maintenant fonctionnel pour fournir l'information nécessaire pour compléter notre piste d'audit. | X | | |
| Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure "La participation" du centre d'activité 6890 - Animation - loisirs ne sont pas valables. Nous avons constaté qu'un intervenant d'un CHSLD n'avait pas compilé de données pour les périodes financières 4 à 9 et les données n'ont pu être | 2013-14 | C | Une sensibilisation auprès des intervenants d'un CHSLD a été faite au cours de l'exercice 2014-2015. Une politique traitant notamment du délai de saisie des unités de mesure dans le système d'information a été adoptée par le bureau de la performance (instance relevant directement du comité de direction). | X | | |
| Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « unités techniques provinciales » du sous-centre d'activité 6352 - Inhalothérapie autre comportent quelques irrégularités. | 2011-12 | C | L'informatisation de la compilation des activités a été réalisée en période 8. | | X | |

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres

| Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe) | | | | | | |
|---|---------|---|--|---|--|---|
| Selon la réglementation découlant de la loi, pour un poste de cadre et un poste de hors-cadre, la classification n'est pas conforme. | 2010-11 | C | La situation a été réglée le 1 ^{er} juin 2014. | X | | |
| L'établissement a provisionné un compte à recevoir du MSSS au montant de 369 409 \$ dans les fournisseurs au lieu d'être comptabilisé en diminution du compte à recevoir du MSSS. De plus, l'établissement a comptabilisé la contrepartie de cette provision au montant de 369 409 \$ dans les charges non réparties au lieu d'être comptabilisée en diminution des revenus du MSSS. | 2013-14 | C | Des discussions auront lieu prochainement quant à la récurrence de ce financement. | | | X |
| L'établissement a comptabilisé dans les services achetés des activités principales des rétroactivités pour les périodes antérieures au 1 ^{er} avril 2013 au montant de 210 000 \$ au lieu de les comptabiliser dans les charges non réparties. | 2013-14 | C | Aucune transaction relative à des rétroactivités de périodes antérieures n'a été comptabilisée au cours de l'exercice. | X | | |
| Une entente de principe intervenue dans le cadre du second recours collectif relatif au service de lavage des vêtements personnels des usagers a été signée en septembre 2013. Cette entente prévoit que l'établissement ne devrait pas avoir de responsabilité financière. | 2013-14 | C | La situation a été réglée. | X | | |
| L'établissement a versé une indemnité de départ équivalent à 2 mois de salaire à un cadre alors que celui-ci était en période de probation et à l'emploi de l'établissement depuis moins d'un an. Cette indemnité de départ contrevient donc au Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux. | 2014-15 | C | Une sensibilisation a été faite auprès des directions concernées. | | | X |



| | | | | | | |
|--|---------|---|--|--|--|---|
| Les intérêts générés par les fonds en fiducie ne sont pas redistribués entre les résidents puisque le système informatique ne le permet pas. Le montant en attente de redistribution s'élève à 3 365 \$ au 31 mars 2015. | 2014-15 | C | Des mesures seront mises en place afin de corriger la situation. | | | X |
| <i>Rapport à la gouvernance</i> | | | | | | |
| Les éléments ont déjà été mentionnés dans les sections précédentes. | | | | | | |



Conseil d'administration

Composition

Officiers

M. Michel Ratelle, président, collège électoral de l'Agence de la santé et des services sociaux
Mme Chantale Perreault, vice-présidente, collège de désignation par cooptation
M. Martin Beaumont, directeur général et secrétaire

Administrateurs

M. Gabriel Boucher, collège de désignation par cooptation
Mme Lauréanne Dubé, collège de désignation du comité des usagers (avril à octobre 2014)
Mme Janie Duval, collège de désignation par cooptation
M. Vincent Goulet, collège électoral population
M. Robert Groulx, collège de désignation par cooptation
Mme Danielle Harvey, collège de désignation de la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière
Mme Judith Hébert, collège de désignation du conseil des infirmières et infirmiers
Dr Jean-Jacques Klopfenstein, collège de désignation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Mme Anne-Marie Lachapelle, collège de désignation de l'Agence de la santé et des services sociaux
M. Marcel Latreille, collège électoral population
M. Christian Proulx, collège de désignation du conseil multidisciplinaire
Mme Denise Robitaille, collège de désignation par cooptation
Mme Rita Ruston, collège de désignation du comité des usagers
M. Gilles Savoie, collège de désignation du personnel non clinique
Mme Lucie Thibodeau, collège de désignation par cooptation



Au premier rang, M. Marcel Latreille, Mme Rita Ruston, M. Michel Ratelle, président; Mme Chantale Perreault, vice-présidente et M. Martin Beaumont, secrétaire. Au deuxième rang, M. Robert Groulx, Mme Danielle Harvey, Dr Jean-Jacques Klopfenstein, Mme Janie Duval, M. Vincent Goulet, Mme Denise Robitaille, M. Christian Proulx, Mme Judith Hébert, M. Gabriel Boucher et Mme Anne-Marie Lachapelle. N'apparaissent pas sur la photo, Mme Lucie Thibodeau et M. Gilles Savoie.

Mandat

Le conseil d'administration gère les affaires de l'Établissement et en exerce tous les pouvoirs, sous réserve des dispositions prévues dans la Loi.
(Réf. : LSSSS : art. 170)

Sans restreindre la généralité de l'article 20, le conseil d'administration définit les orientations stratégiques en conformité avec les orientations nationales et régionales. Il établit également les priorités et voit à leur respect.

Ces orientations portent sur les besoins de santé tant physiques que psychiques et les besoins sociaux à satisfaire, sur les clientèles à desservir et sur les services à offrir. Elles doivent tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-économiques des usagers ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition de l'établissement.

De plus, ces priorités doivent être conformes au plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé par l'agence conformément à l'article 378.
(Réf. : LSSSS : art. 171)



Responsabilités

Le conseil d'administration doit en outre :

1. Adopter le plan stratégique et le rapport annuel de gestion;
2. Approuver l'entente de gestion et d'imputabilité;
3. Approuver les états financiers;
4. S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;
5. S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
6. S'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
7. S'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;
8. S'assurer du suivi de la performance et de la reddition de compte des résultats;
9. S'assurer du respect de la mission d'enseignement et de recherche lorsque l'établissement exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire, le cas échéant.

(Réf. : LSSSS : art. 172)

Devoirs

Le conseil d'administration doit :

1. Nommer le directeur général et les cadres supérieurs;
2. Nommer le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services conformément aux dispositions de l'article 30;
3. Nommer les médecins et les dentistes, leur attribuer un statut, leur accorder des privilèges et prévoir les obligations qui y sont rattachées;
4. Nommer les pharmaciens et leur attribuer un statut, le cas échéant :
 - a. Conclure les contrats de services conformément aux dispositions de l'article 259.2, le cas échéant.
5. Allouer les ressources financières à chacun des établissements qu'il administre et déterminer la partie de ces ressources financières qui doit être réservée au paiement des ressources de type familial et des ressources intermédiaires qui sont rattachées à ces établissements.

(Réf. : LSSSS : art. 173)

Le conseil d'administration exerce ses responsabilités dans le respect des orientations nationales et régionales, tout en favorisant la mise en réseau avec les partenaires locaux, régionaux et nationaux.

(Réf. : LSSSS : art. 171)

Présence des membres du conseil d'administration et de ses comités

Conformément aux normes d'Agrément Canada, le conseil d'administration doit évaluer la contribution des administrateurs et établir un rapport (registre des présences) au conseil d'administration et aux comités (norme 13.0). Le tableau suivant présente la contribution des membres au cours de la dernière année.

| TABLEAU DES PRÉSENCES DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE SES COMITÉS 2014-2015 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|--|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|--|-------------------------|---|------|
| | Fréquence des présences | % des présences aux séances publiques du CA | Fréquence des présences | % des présences comité administratif | Fréquence des présences | % des présences comité de vérification et de gestion des ressources financières | Fréquence des présences | % des présences comité de gestion des ressources humaines | Fréquence des présences | % des présences comité sur la gestion des ressources immobilières, inform. et des équipements | Fréquence des présences | % des présences comité de gouvernance et d'éthique | Fréquence des présences | % des présences comité de révision | Fréquence des présences | % des présences comité de vigilance et de la qualité | Fréquence des présences | % des présences comité responsabilité populationnelle et capital social | |
| Nombre de séances par année | | 12 séances (9 séances publiques et 3 séances spéciales) | | 1 séance | | 8 séances | | 5 séances (4 séances régulières et 1 séance spéciale) | | 4 séances | | 5 séances | | 9 séances | | 5 séances | | 3 séances | |
| % du taux de participation global | | 81% | | 75% | | 75% | | 100% | | 100% | | 80% | | 100% | | 80% | | 89% | |
| % taux de participation individuelle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M. Michel Ratelle, président | 12/12 | 100% | 1/1 | 100% | 2/8 | 25% | | | | | | 5/5 | 100% | | | | | | |
| Mme Chantale Perreault, vice-présidente | 10/12 | 83% | 1/1 | 100% | | | | 5/5 | 100% | | | | | | | | 2/3 | 67% | |
| M. Martin Beaumont, secrétaire | 12/12 | 100% | 0/1 | 0% | | | | | | | | 5/5 | 100% | | | 3/5 | 60% | | |
| M. Gabriel Boucher | 8/12 | 67% | | | 8/8 | 100% | | | | 4/4 | 100% | | | | | | | | |
| Mme Laurianne Dubé (Démission oct. 2014) | 10/12 | 83% | 1/1 | 100% | 4/8 | 50% | | | | | | | | | | | | | |
| Mme Janie Duval | 8/12 | 67% | | | | | | | | | | | 3/5 | 60% | | | | 3/3 | 100% |
| M. Vincent Goulet | 7/12 | 58% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M. Robert Groux | 9/12 | 75% | | | | | | | | 4/4 | 100% | 4/5 | 80% | | | | | | |
| Mme Danielle Harvey | 9/12 | 75% | | | | | | | | | | | | | | | | 3/3 | 100% |
| Mme Judith Hébert | 12/12 | 100% | | | | | | | | | | 4/5 | 80% | | | | | | |
| Dr Jean-Jacques Klopfenstein | 11/12 | 92% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mme Anne-Marie Lachapelle | 10/12 | 83% | | | | | | | | | | | | | | 5/5 | 100% | | |
| M. Marcel Latreille | 10/12 | 83% | | | | | | 5/5 | 100% | | | | | | | 4/5 | 80% | | |
| M. Christian Proulx | 8/12 | 67% | | | | | | | | | | 3/5 | 60% | | | | | | |
| Mme Denise Robitaille | 11/12 | 92% | | | 8/8 | 100% | | | | | | | | | | | | | |
| Mme Rita Ruston | 10/12 | 83% | | | | | | 5/5 | 100% | | | | | | | 4/5 | 80% | | |
| M. Gilles Savoie | 8/12 | 67% | | | | | | | | 4/4 | 100% | | | | | | | | |
| Mme Lucie Thibodeau | 9/12 | 75% | | | 8/8 | 100% | | | | | | | 9/9 | 100% | | | | | |



Comités du conseil d'administration

Comité de vérification et de gestion des ressources financières

Composition

Mme Denise Robitaille
Mme Lucie Thibodeau
M. Gabriel Boucher
M. Michel Ratelle

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de vigilance et de la qualité a été soutenu dans ses travaux par Mme Pascale Gagné, directrice des affaires économiques, immobilières et de la logistique

Mandat

- S'assurer qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement est mis en place et en assurer le suivi;
- S'assurer que soit mis en place et appliqué, un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- Examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
- Recommander au conseil d'administration, l'approbation des états financiers;
- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces;
- Recevoir des mandats spécifiques du conseil d'administration.

Faits saillants

Au cours de l'année 2014-2015, le comité s'est réuni à sept reprises. Les sujets suivants ont été abordés :

- Analyse du budget 2014-2015;
- Analyse des états financiers 2013-2014;
- Suivi des résultats financiers 2014-2015;
- Suivi des risques corporatifs;
- Suivi du plan d'action découlant de la vérification interne;
- Radiation des mauvaises créances;
- Discussions avec les auditeurs externes concernant le mandat d'audit 2013-2014 et le plan d'audit 2014-2015;
- Suivi du plan d'équilibre budgétaire;



- Recommandation au conseil d'administration des plans triennaux de maintien d'actifs et de rénovations fonctionnelles, conjointement avec le comité sur la gestion des ressources immobilières, informationnelles et des équipements.



Comité de vigilance et de la qualité

Composition

Mme Anne-Marie Lachapelle, présidente

M. Martin Beaumont, directeur général

Mme Lorraine Boisjoly, directrice générale adjointe exécutive - affaires corporatives, académiques et excellence opérationnelle

Mme Rita Ruston

M. Marcel Latreille

Mme Diane Rochon, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de vigilance et de la qualité a été soutenu dans ses travaux par M. Jean-Yves Tremblay, directeur des services multidisciplinaires et de coordination des processus d'éthique et d'agrément.

Mandat

- S'assurer du suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- S'assurer du suivi des recommandations et des rapports transmis au conseil d'administration par les instances internes et externes dont les responsabilités sont : la pertinence, la qualité, la sécurité, l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes.

Faits saillants

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu cinq réunions au cours de l'année 2014-2015. Au cours de ces rencontres, les principaux dossiers traités ont été :

- Suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen;
- Suivi des recommandations conjointes de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et du comité des usagers;
- Suivi des recommandations de quittances par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services suivant le traitement des plaintes;
- Suivi assidu des recommandations représentant un risque;
- Présentation du plan d'action de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Suivi du tableau de bord du comité de vigilance et de l'ensemble des recommandations inscrites;
- Présentation des résultats de la visite d'Agrément Canada et des principales recommandations et suivi des recommandations de la visite de 2014;
- Suivis des recommandations des rapports des visites d'inspections professionnelles et d'évaluations externes;
- Présentation régulière et suivis des rapports de gestion des risques.



Comité de gestion des ressources humaines

Composition

Mme Chantale Perreault
Mme Rita Ruston
M. Marcel Latreille

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de gestion des ressources humaines a été soutenu dans ses travaux par M. Olivier Malo, directeur des ressources humaines et du développement organisationnel, et, à partir de juillet 2014, par Mme Lorraine Boisjoly, directrice générale adjointe exécutive - affaires corporatives, académiques et excellence opérationnelle

Mandat

- Assurer un suivi des activités et des plans d'action liés à la planification de la main-d'œuvre, au recrutement ainsi qu'à l'accueil et à l'intégration du nouveau personnel;
- Assurer un suivi des activités relatives à la participation, au maintien des compétences et au développement des ressources humaines;
- Assurer un suivi des activités visant la mobilisation, la motivation et la valorisation des ressources humaines de l'établissement;
- Assurer un suivi des grands projets de changement et de réorganisation du travail ayant un impact sur la main-d'œuvre;
- Assurer un suivi des activités relatives à la présence au travail, à la santé et à la sécurité au travail et à la gestion de l'absentéisme;
- S'assurer de l'utilisation efficiente des ressources humaines de l'établissement;
- Recevoir des mandats spécifiques du conseil d'administration.

Faits saillants

Le comité de gestion des ressources humaines a tenu cinq rencontres au cours de l'exercice. Les principaux dossiers traités ont été :

- Sondage sur la mobilisation du personnel et la culture de sécurité des patients 2014;
- Bilan 2013-2014 des activités des coordinations, par secteur et par services de la DRHDO;
- Indicateurs ressources humaines (tableau de bord);
- Vaccination antigrippale;
- Assurance salaire;
- Dossiers CSST – siège de lésion et autres sièges;
- Contestation de dossiers de CSST;
- Sondage sur la mobilisation (résultats) et stratégie de diffusion et d'amélioration;
- Bilan 2013-2014 - promotion de la civilité et prévention de la violence et du harcèlement au travail;



- Plan de développement des ressources humaines (PDRH);
- Plan d'action concernant les stratégies de valorisation, de recrutement et de rétention des préposés aux bénéficiaires;
- État des griefs – secteur des relations de travail;
- Portrait des mandats – arbitrages;
- Modèle Leads – modèle de leadership.



Comité sur la gestion des ressources immobilières, informationnelles et des équipements

Composition

M. Gabriel Boucher
M. Robert Groulx
M. Gilles Savoie

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de gestion des ressources immobilières, informationnelles et des équipements a été soutenu dans ses travaux par Mme Pascale Gagné, directrice des affaires économiques, immobilières et de la logistique et par M. Benoit Comtois, directeur adjoint des ressources immobilières.

Mandat

- Recommander et faire le suivi au conseil d'administration des dossiers immobiliers, informatiques et d'équipements;
- Recommander au conseil d'administration l'adoption des plans de maintien d'actifs suivants, en assurer le suivi et faire rapport périodiquement au conseil d'administration, notamment :
 - Plan de maintien des actifs immobiliers;
 - Plan de rénovations fonctionnelles en centre d'hébergement;
 - Plan de rénovations fonctionnelles hors centre d'hébergement;
 - Plan des équipements médicaux;
 - Plan des équipements non médicaux;
 - Plan de maintien des actifs informationnels.
- S'assurer de l'avancement des principales étapes des projets majeurs;
- Exercer tout autre pouvoir et fonction que lui délègue, par résolution, le conseil d'administration.

Faits saillants

Le comité a tenu six rencontres au cours de l'exercice. Les sujets suivants ont été abordés :

- Plan triennal de maintien des actifs - équipements médicaux;
- Plan triennal de maintien des actifs informationnels;
- Bilan des projets d'immobilisation 2014-2015;
- Plan triennal de maintien des actifs équipements non médicaux;
- Plan triennal de maintien des actifs immobiliers;
- Bilan annuel sur la sécurité des actifs informationnels;
- Planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles;
- Suivi des projets d'immobilisation supérieurs à 100 000 \$;
- Suivi des projets d'acquisition d'équipements médicaux;
- Suivi du dossier de la buanderie Lavérendière;
- Don de terrain à la Commission scolaire des Samarres;
- Plan directeur clinique et immobilier court terme révisé.



Comité de gouvernance et d'éthique

Composition

M. Michel Ratelle
M. Robert Groulx
M. Christian Proulx
Mme Janie Duval
Mme Judith Hébert
M. Martin Beaumont

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de gouvernance et d'éthique a été soutenu dans ses activités par Mme Lorraine Boisjoly, directrice générale adjointe exécutive - affaires corporatives, académiques et excellence opérationnelle.

Mandats

- Élaborer les règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (chapitre M-30), applicable aux membres du conseil d'administration;
- Élaborer des critères d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- Élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

Faits saillants

Le comité de gouvernance et d'éthique a tenu cinq rencontres au cours de l'année 2014-2015. Il a poursuivi ses travaux visant à soutenir l'amélioration de la gouvernance dans la conduite des affaires de l'établissement. De façon plus spécifique, les éléments suivants ont été réalisés :

- Rétroaction de l'évaluation du conseil d'administration et ajustement de l'outil d'évaluation;
- Coordination du processus d'évaluation du président;
- Adoption du plan de relève des hors-cadres et des cadres supérieurs;
- Coordination de l'équipe de gouvernance dans le cadre de la démarche d'agrément;
- Réalisation du plan d'amélioration du rendement et de l'efficacité de la gouvernance (100 % de conformité aux critères d'agrément);
- Préparation du Lac-à-l'épaule du conseil d'administration;
- Analyse des résultats du sondage réalisé auprès des partenaires du CSSS;
- Révision du règlement #1;
- Adoption d'un plan de communication stratégique;
- Adoption d'un plan de formation pour les administrateurs;
- Rédaction d'un legs à l'intention du futur président-directeur général du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière.



Comité de la responsabilité populationnelle et du capital social

Composition

Mme Chantale Perreault
Mme Janie Duval
Mme Danielle Harvey

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de la responsabilité populationnelle et du capital social a été soutenu dans ses activités par Mme Hélène Boisvert, directrice générale adjointe – santé et services sociaux.

Le directeur général et des cadres supérieurs peuvent assister à des fins consultatives.

Mandat

Veiller à ce que l'établissement :

- S'acquitte de son rôle prépondérant de l'animation du réseau local de services (RLS) en regard de sa responsabilité populationnelle et du développement de son capital social. (Art. 99.5 à 99.8 de la LSSSS);
- Monitore le degré d'implantation des activités et des plans d'action en regard du déploiement du projet clinique de l'établissement;
- Réponde aux préoccupations exprimées par les communautés lors des forums populationnels en relation avec les enjeux organisationnels;
- Soutienne l'actualisation des dossiers prioritaires émanant des consultations ou des préoccupations des partenaires du RLS.

Faits saillants

Le comité de la responsabilité populationnelle et du capital social s'est rencontré à trois reprises depuis sa création en décembre 2014. Les sujets suivants ont été abordés :

- Adoption des règlements du comité;
- Portrait populationnel;
- Avancement du projet clinique;
- Rencontres populationnelles;
- Partenariats avec les organismes du milieu;
- Ententes cliniques.



Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le présent rapport est une version abrégée. Le rapport complet est disponible auprès du CMDP.

Composition

Dr Jean Levasseur, président
Dr Jean-François Boisvert, 1^{er} vice-président
Dre Manon Drolet, 2^e vice-présidente
Dre Bouchra Reggad, secrétaire
Dr Jérôme Olivier, trésorier
Mme Nathalie Gaudet, conseillère
Dr Michel Legault, conseiller
Dre Hélène Meloche, conseillère
Dre Anne-Marie Sarrazin, conseillère

Invités réguliers

Dr Jean-Jacques Klopfenstein, représentant du CMDP au conseil d'administration
Dre Élise Martel, directrice de l'enseignement médical et de la recherche

Membres d'office

M. Martin Beaumont, directeur général
Dre Line Duchesne, directrice des affaires médicales

Le CMDP compte 409 membres :

- 296 membres actifs
- 53 membres associés
- 3 membres conseils
- 57 membres honoraires

Le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP) s'est réuni à onze reprises durant l'année et a tenu une assemblée générale annuelle ainsi qu'une assemblée générale régulière.



Au premier rang, Dr Jérôme Olivier; Dr Jean Levasseur, président; M. Martin Beaumont, directeur général et Dre Manon Drolet. Au deuxième rang, Dre Anne-Marie Sarrazin, Dre Bouchra Reggad, Dr Michel Legault, Mme Nathalie Gaudet et Dre Hélène Meloche. N'apparaît pas sur la photo, Dr Jean-François Boisvert.

Faits saillants

Les travaux du CECMDP ont porté principalement sur :

Qualité de l'acte

- Les divers comités, particulièrement le comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, ont été invités à régulariser leurs activités respectives;
- Reprise des activités du comité de pharmacologie, sous la présidence intérimaire du Dr Jean Levasseur;
- Intensification des efforts et sensibilisation de l'équipe médicale dans la lutte contre les infections nosocomiales et début de l'instauration de la pharmaco-gouvernance;
- Mise en place d'une stratégie de sensibilisation à l'utilisation de certains antibiotiques dans les actions du comité de pharmaco-gouvernance.

Rapports de coroner

Au cours de l'exercice 2014-2015, le comité exécutif du CMDP a été appelé à analyser un dossier de coroner.

Comité de discipline

Deux comités de discipline œuvrent présentement à l'étude de deux plaintes à des fins disciplinaires.



L'organisation médicale

Le CECMDP s'est penché sur l'organisation médicale sous plusieurs aspects. Il a notamment :

- Intensifié les démarches visant la modernisation de l'ensemble des règlements des départements et services. Cet exercice a permis le dépôt de plus de 75 % des règlements des départements et services pour approbation au conseil d'administration;
- Procédé à la nomination de plusieurs nouveaux membres actifs venant aider à solutionner la pénurie de médecins dans certains secteurs critiques;
- Nommé des membres aux différents comités et sous-comités et assuré le bon fonctionnement de ceux-ci;
- Étudié les problématiques vécues dans certains départements et collaboré à l'élaboration de pistes de solution;
- Poursuivi le processus de révision des ordonnances collectives en vigueur dans l'établissement;
- Poursuivi les efforts pour le désencombrement de l'urgence – suivi sur les groupes de sectorisation;
- Collaboré à la mise en place d'une Table de travail sur les transferts inter-établissements;
- Rencontré des départements aux prises avec des problématiques interdépartementales pour tenter d'améliorer le climat de travail;
- Débuté des discussions avec le président du CECMDP du Sud de Lanaudière en vue de la création du nouveau CISSS.

Réalisations

L'exécutif est fier d'avoir accompli et soutenu :

- L'étude de procès-verbaux de diverses instances et de différents départements et comités;
- La mise en place d'un outil de suivi des sujets discutés au comité exécutif, assurant une vigie des dossiers en cours;
- La rédaction ou la révision de plusieurs ordonnances collectives, de protocoles et de guides;
- La nomination de certains chefs de départements, de services, d'installations et de ressources intermédiaires;
- Les différentes instances administratives pour le maintien de services de laboratoires régionaux de qualité et de proximité pour sa clientèle;
- La poursuite des travaux sur les niveaux de soins et la mise en place d'une feuille spécifique qui sera insérée au dossier patient;
- La réalisation du tableau de bord du CMDP;
- L'amorce de travaux portant sur la pertinence des examens prescrits.

Avis et recommandations à la direction générale ou au conseil d'administration

Le CECMDP a transmis plusieurs recommandations ou avis :



- Recommandations au conseil d'administration des nominations et des modifications des privilèges accordés aux membres;
- Avis sur le plan d'organisation de l'établissement proposé et recommandation que les chefs des départements et services soient consultés sur les tenants et aboutissants des changements proposés;
- Adoption de plus de 80 résolutions dans le cadre de ses activités régulières.

Résumé et conclusions

Le CMDP a collaboré étroitement à l'amélioration et à l'implantation d'une culture de sécurité et de qualité. Il est fier des réalisations passées et espère que les démarches de mesures et d'évaluation continue en cours puissent se poursuivre dans la nouvelle structure que sera le CISSS.

Le comité exécutif du CMDP collaborera pleinement à l'implantation de l'exécutif du CMDP du CISSS et est persuadé que ces démarches seront couronnées de succès.

Conseil des infirmières et infirmiers



Composition du comité exécutif (CECII)

- Mme Josée Bonin, centre hospitalier, représentante du secteur des programmes chirurgie, soins critiques et services diagnostiques, présidente du CII
- Mme Marie-Claude Guérette, centre hospitalier, représentante du secteur des programmes chirurgie, soins critique et services diagnostiques, vice-présidente du CII
- Mme Sophie St-Hilaire, CLSC de Berthier, représentante du secteur soutien à l'autonomie et gestion des maladies chroniques, secrétaire du CII
- Mme Stéphanie Gagné, CLSC Joliette, représentante du secteur soutien à l'autonomie et gestion des maladies chroniques, agente de communication
- M. Marc Dontigny, CLSC de Saint-Jean-de-Matha, représentant du secteur soutien à l'autonomie et gestion des maladies chroniques, trésorier
- Mme Johanne Vézina, CLSC de Saint-Esprit, représentante du secteur santé publique, programme multiclientèles et CRD de Lanaudière
- Mme Mélanie Godin-Cloutier, CLSC de Saint-Esprit, représentante du secteur santé publique, programme multiclientèles et CRD de Lanaudière
- M. Alain Desroches, centre hospitalier, représentant du secteur santé publique, programme multiclientèles et CRD de Lanaudière
- Mme Sylvie McCandles, CLSC de Lavaltrie, représentante du secteur des programmes chirurgie, soins critiques et services diagnostiques
- Mme Geneviève Landry, conseillère à la prestation sécuritaire des services et des soins infirmiers
- Mme Ysabelle Tardy, CLSC de Berthier, représentante de la MRC D'Autray, présidente du CIIA
- Mme Sylvie Lachapelle, CLSC de Saint-Esprit, représentante de la MRC de Joliette, vice-présidente du CIIA
- M. Robin Gagnon, directeur de la prestation sécuritaire des services et des soins infirmiers
- M. Martin Beaumont, directeur général

Composition du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

- Mme Ysabelle Tardy, CLSC de Berthier, représentante de la MRC de D'Autray, présidente
- Mme Sylvie Lachapelle, CLSC de Saint-Esprit, représentante de la MRC de Joliette, vice-présidente


- Mme Karine Perreault, centre hospitalier, représentante de la MRC de Joliette, agente de communication
- Mme Sonia Bélanger, CLSC de Joliette, représentante de la MRC de Joliette, agente des lois et règlements
- Mme Isabelle Legault, Centre d'hébergement Saint-Antoine de Padoue, représentante de la MRC de Matawinie, secrétaire
- Mme Nicole Robert, Centre d'hébergement Saint-Jacques, représentante de la MRC de Montcalm, trésorière



Au premier rang, Mmes Ysabelle Tady, présidente CIIA; Josée Bonin, présidente CII et Marie- Claude Guérette, vice-présidente CII. Au deuxième rang, M. Alain Desroches, Mmes Geneviève Landry, Mélanie Godin-Cloutier, Sophie St-Hilaire, Johanne Vézina, Sylvie McCandless et Sylvie Lachapelle, vice-présidente CIIA et M. Marc Dontigny. N'apparaît pas sur la photo, Mme Stéphanie Gagné.

Faits saillants

Au cours de l'année 2014-2015, trois membres ont signifié par écrit leur démission. Il s'agit de Mmes Véronique Moffatt, Nathalie Gougeon et Isabelle Dumas. Leurs postes au sein du CECII ont été comblés par Mmes Sylvie McCandless, Mélanie Godin-Cloutier et M. Alain Desroches. Pour sa part, le CIIA a reçu la démission de Mme Carmen Couture. Nous les remercions tous pour leur implication et les travaux accomplis. Ce poste au sein du CIIA n'a pas été comblé.



La dernière année a été fort enrichissante pour le nouvel exécutif. L'avancement des travaux a principalement porté sur l'émission d'avis et de recommandations portant essentiellement sur les ordonnances collectives, les règles de soins et les protocoles de soins infirmiers. De plus, nous avons été sollicités afin de donner notre avis concernant le plan de retour à l'équilibre budgétaire.

Dans la dernière année, le CECII s'est interrogé et impliqué au niveau de la prévention des infections. Les résultats élevés d'acquisition d'infections nosocomiales et les différentes éclosions infectieuses nous ont amené à nous questionner sur les actions prises par l'organisation afin de diminuer ces taux d'incidences. L'impact majeur de ces taux d'infections face à la qualité et à la sécurité des soins continu d'être une préoccupation pour les membres du CECII.


En mai 2014, certains membres du CECII ont assisté au colloque des CII-CIR portant sur le thème *Gouverne en soins infirmiers : une vision d'avenir*. En juin 2014, certains membres ont assisté au 16^e colloque de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière (ORIILL), sous le thème *Le leadership infirmier : une clé vers la santé*. Le 11 septembre 2014 s'est tenu le Lac-à-l'épaule annuel, lequel nous permis de débiter l'année en exprimant clairement nos orientations et nos objectifs prioritaires. De plus, ce fut l'occasion de parfaire les connaissances des membres grâce à la présentation donnée par Mmes Geneviève Ménard (OIIQ) et Diane Levasseur (OIIAQ) intitulée *Leadership de la DSI et CECII*. En octobre, la présidente du CECII a participé à la rencontre des DSI et des présidents des CII et CIR à l'OIIQ. Au mois de novembre 2014, certains membres ont participé au congrès de l'OIIQ portant sur *La Santé dans tous ses états*. Enfin, le 21 novembre 2014, certains membres ont participé à la rencontre annuelle des leaders de l'ORIILL.

Communications

Afin de promouvoir l'identité professionnelle en soins infirmiers et dans le but d'informer ses membres, le comité exécutif a continué de publier son journal, Le CECII en bref, à raison de quatre parutions pour la présente année. De plus, la page Facebook, Conseil des infirmières et infirmiers du CSSSNL, qui se veut une plateforme d'échanges et d'information, est toujours accessible pour les membres.

Activité de reconnaissance

Le CECII est fier d'avoir contribué, le 15 mai 2014, et ce, pour une quatrième année consécutive, au rayonnement exceptionnel des pratiques en soins infirmiers à travers sa soirée reconnaissance. Cette activité consiste à promouvoir l'implication des professionnels en soins infirmiers et des équipes cliniques pour leur engagement, leur mobilisation et l'excellence de leur travail au quotidien.



Cette soirée est très appréciée par les membres du CII et du CIIA, car elle permet de mettre en évidence des intervenants qui se démarquent par leur engagement professionnel, la qualité de leurs services et la sécurité des soins qu'ils dispensent.

Avis et recommandations à la direction générale

Le CECII a déposé un avis à la direction de la prestation sécuritaire des services et des soins infirmiers concernant la hausse du taux d'infection au CSSS. Il a également déposé deux avis au directeur général concernant la présence infirmière constante en centre d'hébergement et une demande d'information en lien avec les compressions budgétaires.

De plus, le CECII a formulé des avis :

Sur les protocoles infirmiers suivants :

- Initiation d'un test de grossesse;
- Administration et suivi du Dépo-Provera dans le cadre de la contraception hormonale;
- Oubli de doses de contraceptif hormonal.

Sur les ordonnances collectives suivantes :

- Initiation des examens paracliniques et diagnostiques après référence en médecine interne à l'accueil clinique;
- Demande d'une radiographie du coude;
- Effectuer une cytologie cervicale (Pap test);
- Guide de référence pour le suivi postopératoire 0-72 heures à domicile;
- Évaluation, soins postanesthésiques et congé pour l'utilisateur en chirurgie d'un jour;
- Administration d'acétaminophène pour le soulagement de la douleur ou de l'inconfort lié à la fièvre;
- Intervention en situation d'étouffement, sans code bleu, chez l'utilisateur en soins psychiatriques;
- Installation d'une perfusion pour l'administration de médication intraveineuse en préopératoire;
- Administration de diménhydrinate (gravol);
- Traitement de l'occlusion d'un tube d'alimentation;
- Application de flovent lors d'une réaction inflammatoire suivant l'application d'un timbre cutané;
- Ajustement du dosage d'un inhibiteur ACHE ou d'un antagoniste récepteur NMDA dans le traitement;
- Initiation des tests de laboratoires suivant une demande de consultations en médecine externe;
- Administration d'ibuprofène chez l'enfant à l'urgence;
- Installation d'une perfusion intraveineuse avant une chirurgie pour l'installation d'un stimulateur cardiaque ou un changement de boîtier;
- Administration et surveillance d'une perfusion de fer saccharose (Venofer);



- Initiation de la thérapie pour les lésions caractéristiques de la candidose buccale (muguet) chez le nourrisson;
- Mesures diagnostiques et traitement de la pharyngo-amydalite;
- Traitement de l'otite moyenne;
- Traitement de l'infection urinaire non compliquée.

Sur les règles de soins suivantes :

- Dépistage et évaluation de la douleur;
- Initiation de la contraception hormonale ou de la contraception par stérilet.

Sur les activités cliniques suivantes :

- Application de produits topiques non médicamenteux par les PAB;
- Double vérification indépendante des médicaments de niveau d'alerte élevé ou à haut risque.

Nous avons donc, encore une fois, pris part à une année enrichissante et fort bien remplie et nous sommes prêts à relever de nouveaux défis pour la prochaine année.

Conseil multidisciplinaire



Composition du comité exécutif

Officiers

Mme Véronique Robert de Massy, organisatrice communautaire, CLSC de Saint-Gabriel, représentante du domaine des services psychosociaux, présidente

Mme Jacinthe St-Martin, thérapeute en réadaptation physique, CLSC de Berthier, représentante du domaine de la réadaptation, secrétaire

Mme Nancy Rocheleau, technicienne en assistance sociale, CLSC de Saint-Jean-de-Matha, représentante du domaine de la santé physique, trésorière

M. François Richard, conseiller clinique, Centre d'hébergement Sainte-Élisabeth, représentant du domaine des services psychosociaux, vice-président

Domaine de la santé physique

Mme Nicole Amyot, technologue en radiologie, CHRDL

Mme Geneviève Ross, hygiéniste dentaire, CLSC de Saint-Esprit

Mme Victoria Zaine, technologiste médicale, CHRDL

Domaine des services psychosociaux

Mme Diane Deslauriers, éducatrice, Centre de jour Douce harmonie, CLSC de Saint-Jean-de-Matha

Mme Julie Magnan, nutritionniste, CLSC de Berthier

1 poste vacant

Domaine de la réadaptation

Mme Julie Boudreau, ergothérapeute, REPAIR, représentante de la direction générale

Mme Lorraine Boisjoly, directrice générale adjointe exécutive - affaires corporatives, académiques et excellence opérationnelle

M. Jean-Yves Tremblay, directeur des services multidisciplinaires et des processus d'éthique et d'agrément

Soutien administratif aux activités du CM

Mme Florence Roberge, agente administrative à la Direction des services multidisciplinaires et des processus d'éthique et d'agrément


Mme Mélissa Légaré, technicienne en administration à la Direction des services multidisciplinaires et des processus d'éthique et d'agrément



Dans l'ordre habituel : Mmes Victoria Zaine, Hélène Provençal (démissionnaire), Nancy Rocheleau, Lorraine Boisjoly, Julie Boudreau, Julie Magnan, Geneviève Ross, Jacinthe St-Martin, Diane Deslaurier et Nicole Amyot, M. Jean-Yves Tremblay, Mme Véronique Robert de Massy, présidente et M. François Richard, vice-président.

Faits saillants

- Organisation d'activités de reconnaissance entre les professionnels et les techniciens afin de valoriser leurs réalisations :
 - Concours *Dénoncez un collègue ou une équipe de collègues* : 19 candidatures reçues, rejoignant 98 « dénoncés »;
 - Remise de six prix lors de l'assemblée générale annuelle (partage de l'expertise, innovation, rayonnement, travail d'équipe (individuel et groupe) et prix coup de cœur de l'assemblée);

- 
- Tenue de l'assemblée générale annuelle le 14 mai 2014 : 121 personnes présentes, dont 99 membres;
 - Tenue de rencontres avec deux groupes de professionnels ciblés au CLSC de Joliette et au CHRDL;
 - Échanges et discussions sur des thématiques en lien avec les pratiques professionnelles, la distribution des soins et les services offerts, notamment sur :
 - Le processus d'agrément et les pratiques organisationnelles requises;
 - Le comité d'éthique clinique;
 - Les résultats du sondage sur la mobilisation du personnel;
 - Le suivi de la Loi 10 et de ses impacts sur les CM;
 - L'approche Lean et son déploiement;
 - La présentation du résultat des audits sur l'observance de l'hygiène des mains.
 - Accueil et traitement des préoccupations des membres :
 - Accessibilité à la formation continue dans certains secteurs d'intervention;
 - Arrimage CH-CLSC dans le cadre des suivis postopératoires de chirurgies du genou;
 - Rôle des éducatrices en centre de jour.
 - Échanges avec la Direction générale sur les priorités organisationnelles 2014-2015 et le contexte budgétaire;
 - Finalisation des travaux sur l'actualisation du mandat et des processus du CM (optimisation);
 - Soutien à trois projets de comité de pairs pour l'achèvement de leurs travaux;
 - Suivi des recommandations sur la *Politique de prévention des chutes*;
 - Participation au colloque annuel de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) et partage des sujets d'intérêt avec l'ensemble des membres de l'exécutif;
 - Présentation des travaux du comité multidisciplinaire en pédopsychiatrie (fiches diagnostiques);
 - Participation aux prix reconnaissance de l'ACMQ en soumettant deux candidatures;
 - Participation d'un des membres de l'exécutif à la soirée reconnaissance du CII-CIIA;
 - Délégations du CM :
 - Un membre de l'exécutif au comité directeur pour l'hygiène des mains;
 - Trois membres du CM au comité interdisciplinaire de prévention des chutes;
 - Un membre de l'exécutif au comité stratégique Lean phase II;
 - Un membre du CM au comité aviseur des soins de plaies;
 - Un membre de l'exécutif au comité de prévention des infections;
 - Un membre du CM au comité d'éthique de la recherche.

Avis à la direction générale

- Participation à la réflexion sur les pistes d'économies potentielles;
- Avis sur la *Politique de maintien, de développement des compétences et de transfert des apprentissages*.

Comité des usagers



Composition du comité

Mme Ginette Adam, présidente du comité des usagers (CU) et déléguée du Centre d'hébergement Sainte-Élisabeth

Mme Doris Lemay, vice-présidente du CU et du sous-comité hébergement et déléguée du Centre d'hébergement Saint-Eusèbe

Mme Noëlla Goyet, vice-présidente du CU et du sous-comité populationnel et représentante des usagers du CHRDL

Mme Thérèse Amyot, déléguée du Centre d'hébergement Désy

Mme Claudine Coutu Généreux, déléguée du Centre d'hébergement Brassard

Mme Françoise Delbecque, représentante de la population de la MRC de Matawinie

M. Bernard Denis, délégué du Centre d'hébergement Alphonse-Rondeau

Mme Marcelle Dumont-Racine, représentante des ressources intermédiaires

Mme Diane Fournier, déléguée du Centre d'hébergement du Piedmont

Mme Francine Lebeau, représentante de la population de la MRC de D'Autray

Mme Gisèle Legault, représentante de la population de la MRC de Montcalm

Mme Nancy-Jacinthe Racicot, déléguée du Centre d'hébergement Saint-Liguori

Mme Christianne Ricard, déléguée du Centre d'hébergement Saint-Jacques

Mme Rita Ruston, déléguée du Centre d'hébergement Parphilia-Ferland

M. Jean-Guy Tremblay, délégué du Centre d'hébergement Saint-Donat



Au premier rang, Mmes Noëlla Goyet, Ginette Adam et Diane Fournier. Au deuxième rang, Mmes Roseline Huard, agente administrative; Marcelle Dumont-Racine, Christianne Ricard, Gisèle Legault, M. Bernard Denis, Mmes Francine Lebeau, Doris Lemay et Odette Morin, conseillère-cadre. N'apparaissent pas sur la photo, Mmes Thérèse Amyot, Claudine Coutu-Généreux, Françoise Delbecque, Nancy-Jacinthe Racicot, Rita Ruston et M. Jean-Guy Tremblay.

Composition du sous-comité populationnel

Mme Noëlla Goyet, vice-présidente du CU et du sous-comité populationnel et représentante des usagers du CHRDL

Mme Colette Arpin-Poirier, membre désignée

M. Alain Coutu, membre désigné

Mme Françoise Delbecque, représentante de la population de la MRC de Matawinie

Mme Marcelle Dumont-Racine, représentante des ressources intermédiaires


Mme Louise Forget, membre désignée

Mme Francine Lebeau, représentante de la population de la MRC de D'Autray

Mme Gisèle Legault, représentante de la population de la MRC de Montcalm

M. Norbert Rodrigue, membre désigné

L'année 2014-2015 a été une année de transition pour le comité des usagers. La réflexion sur la représentation de la clientèle non hébergée au sein du comité a exigé temps et énergie. M. Martin Beaumont, directeur général du CSSS et M. Jean-Yves Tremblay, directeur des services multidisciplinaires et des processus d'éthique et d'agrément, ont



contribué à la réflexion. Il en a résulté une nouvelle composition du comité et des règles de gouvernance plus adaptées à la réalité actuelle du comité. Celles-ci sont enchâssées dans le *Règlement sur les règles de fonctionnement du comité des usagers du CSSSNL* qui a été adopté par le comité des usagers le 27 février 2015 et par le conseil d'administration le 26 mars 2015.

Le 16 octobre 2014, le comité des usagers tenait une assemblée générale électorale visant à élire 6 représentants dont 4 représentants de la population, 1 par territoire de MRC; 1 représentant des ressources intermédiaires et 1 représentant du CHRDL. Dans le même intervalle, avis était donné aux 12 comités de résidents de désigner par et parmi leurs membres, 1 représentant pour chaque comité de résidents.

De plus, pour accroître son efficacité, le comité des usagers a créé 2 sous-comités de travail chargés de le soutenir dans l'exercice de ses fonctions :

- Le sous-comité hébergement, formé des 12 délégués des comités de résidents. Ce dernier agit pour le bénéfice des résidents;
- Le sous-comité populationnel, formé des 6 représentants élus auquel peut s'ajouter 6 membres désignés. Ce dernier agit auprès de la population desservie par le CSSS.

Au cours de l'exercice, le comité a tenu une assemblée générale annuelle et 6 réunions dont une spéciale. Le comité exécutif a tenu 14 réunions dont 7 réunions spéciales. Le sous-comité populationnel a tenu 9 réunions. Le sous-comité hébergement a tenu 4 réunions. Les sous-comités conjoints avec l'établissement « Communications à la population » et « Évaluation de la satisfaction de la clientèle » ont tenu respectivement 5 et 1 réunions.

Faits saillants et recommandations


Dans le cadre de ses fonctions légales, le comité des usagers a réalisé les actions suivantes :

Renseigner les usagers sur leurs droits

Le sous-comité hébergement est satisfait du nouveau dépliant promotionnel des comités de résidents. Le dépliant favorise une meilleure connaissance des droits des résidents et une section « Évaluation de votre satisfaction », détachable, permet aux résidents d'exprimer leur satisfaction sur les soins et services reçus.

Maintenir à jour ses connaissances en participant aux :

- Journées (2) de mise à niveau pour la formation de base du *Regroupement provincial des comités des usagers* (RPCU) pour les membres du comité des usagers et des comités de résidents, les chefs des services à la clientèle et les technicien(ne)s en loisirs qui accompagnent les comités de résidents;

- 
- Formation sur l'approche patient-partenaire offerte par M. Jean-Yves Tremblay, directeur des services multidisciplinaires et des processus d'éthique et d'agrément, responsable de l'implantation de l'approche au CSSS;
 - Colloque du Conseil pour la protection des malades;
 - Congrès du RPCU;
 - Groupe de réseautage des comités des usagers des établissements de Lanaudière :
 - Journée bilan – plan d'action régional pour contrer la maltraitance; engagement à la bientraitance; charte de bientraitance;
 - Formation sur la maltraitance;
 - Formation maison conçue pour faciliter l'intégration des nouveaux membres au sein du comité des usagers offerte par Mme Goyet. Un cartable de départ incluant plusieurs documents de référence est remis aux anciens et nouveaux membres.

Promouvoir et évaluer


Le sous-comité populationnel a poursuivi ses activités de promotion du mandat et du rôle du comité des usagers. Désireux d'exercer un rôle à sa mesure et de contribuer au développement de l'approche populationnelle, il a été très actif dans le recrutement des nouveaux représentants de la population du comité des usagers :

- Élaboration des critères pour le choix des représentants de la population des MRC;
- Démarche auprès des préfets des quatre MRC ;
- Démarches auprès du conseil des maires des MRC de Matawinie et de D'Autray.

Le lien de partenariat avec la direction a fait l'objet de discussions entre le comité exécutif, le sous-comité populationnel et le directeur général du CSSS. Les échanges de départ ont permis à chaque partie de préciser sa vision et ses attentes en regard de plusieurs dossiers; des échanges qui ont évolué, tout au long de l'exercice, et ce, à la satisfaction de chaque partie.

En partenariat avec la direction, deux sous-comités de travail sont en place :

- « **Communications à la population** » : cinq soirées d'information, sous le thème *Parlons santé et services sociaux* ont été proposées à la population desservie par le CSSS dans les quatre MRC du Nord de Lanaudière. Une formule renouvelée a été implantée. Celle-ci suscite davantage l'implication des participants, notamment en les invitant à se prononcer et à nommer leurs priorités sur des affiches présentant les orientations stratégiques de l'établissement;
 - Dossier Info-santé et ambulances à Saint-Michel-des Saints : le sous-comité populationnel a fait diverses interventions afin de s'assurer que la décision du gouvernement de fermer le centre de traumatologie de Saint-Michel-des-Saints et le rôle des ambulanciers, soient bien expliqués à la population.
- « **Évaluation de la satisfaction de la clientèle** » : un sondage a été réalisé auprès de 75 proches de personnes décédées ayant reçu des soins palliatifs à domicile. Cette approche a engendré un très haut niveau de participation;

- 
- **Dossier du réseau local de services** : un engagement a été pris à l'effet qu'un patient-partenaire et un membre du comité des usagers participent aux tables cliniques de chaque continuum de services;
 - **Dossier de l'implantation de l'approche patient-partenaire** : Mme Arpin-Poirier a été désignée à titre de représentante du comité des usagers dans ce dossier pour ses compétences et son intérêt.

Des membres du comité des usagers ont assuré la promotion des droits et des intérêts des usagers en participant aux travaux de plusieurs comités de l'établissement dont ceux du comité de vigilance et de la qualité, du comité de gestion des risques et de la sécurité, du comité paritaire milieu de vie, du comité de prévention des infections, de la table clinique des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées et du comité d'harmonisation des centres de prélèvements.

Défendre les droits et les intérêts

Dossier d'accès à un médecin de famille : un comité formé de Mme Goyet, Mme Arpin-Poirier et M. Rodrigue, a rencontré Dr Jean-Claude Berlinguet, directeur régional des affaires médicales et universitaires à l'Agence de santé et de services sociaux de Lanaudière, pour obtenir de l'information sur la pénurie de médecins dans le Nord de Lanaudière et pour mieux comprendre les enjeux qui l'explique. La rencontre a été fort productive et d'autres discussions sont envisagées avec des chercheurs reconnus pour trouver des pistes de solution.

S'assurer du bon fonctionnement du comité des usagers et des comités de résidents

Le comité des usagers s'est donné des moyens pour rendre ses réunions plus efficaces et stimulantes. Depuis février 2015, un trio d'animation assume la bonne marche des réunions. Il s'agit d'un modèle proposé par M. Alain Coutu, membre du sous-comité populationnel et organisateur communautaire à la retraite. Le modèle est beaucoup utilisé dans le cadre de diverses organisations citoyennes en développement durable et s'applique bien à un comité des usagers comme le nôtre, formé de 18 membres.

Le projet de loi 10 et les comités des usagers

Les membres du comité exécutif ont participé à une rencontre organisée par le président du comité des usagers du CSSS du Sud de Lanaudière pour les 5 comités des usagers de Lanaudière. Les participants, à l'unanimité, ont convenu qu'ils pourraient confier au futur comité des usagers du Centre intégré des services de santé et des services sociaux (CISSS) de Lanaudière un mandat de coordination des comités existants.

Accompagner et assister sur demande

Le comité des usagers a accueilli 40 demandes qui ont nécessité 50 interventions. Le comité a répondu à 20 demandes de renseignements, réalisé 2 rencontres de consultation et prêté assistance à la rédaction de 2 plaintes, de 7 demandes d'intervention et de 9 demandes



d'assistance. Celles-ci ont été dirigées vers la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

S'assurer de l'efficacité de la mesure relative à la représentation des usagers en ressources intermédiaires

Rejoindre les usagers des 31 ressources intermédiaires affiliées au CSSS afin de :

- Promouvoir le rôle du comité des usagers et de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Faire connaître les droits des usagers;
- Évaluer la satisfaction des usagers à l'égard des services reçus.

En concertation avec les responsables des ressources intermédiaires et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, Mme Dumont-Racine, représentante des ressources intermédiaires au comité des usagers et Mme Morin, conseillère-cadre au comité, se sont partagées 11 visites des ressources du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée et santé physique et 5 visites des ressources du programme santé mentale.

Le milieu des ressources intermédiaires est un milieu d'hébergement où la vigilance est requise compte tenu de la grande vulnérabilité de plusieurs usagers. Dix autres visites sont planifiées pour l'exercice 2015-2016.


Les actions témoignant de la vitalité des comités de résidents

Afin de promouvoir la qualité des conditions de vie des résidents, les comités ont effectué 190 interventions, dont 38 en lien avec l'environnement physique, 26 en lien avec les relations interpersonnelles, 22 en lien avec l'accessibilité et la rapidité d'accès à un service, 63 en lien avec les soins et les services offerts et 41 interventions diverses.

Les interventions mettaient en cause les droits suivants : respect et dignité, autonomie, consentement, participation, information, droit de recours et de porter plainte et droit à la qualité et à la sécurité des soins et des services.

Promotion des comités de résidents et des droits

- Promotion du rôle des comités auprès des résidents et de leur famille par la présence du comité aux fêtes thématiques, la distribution de dépliants, feuillets et fiches d'information, d'articles promotionnels, de cartes, l'affichage de photos, les calendriers identifiés, la création de deux bibliothèques, la publication d'articles dans le journal L'Altitude et la création d'une page Facebook;
- Tenue de neuf assemblées générales annuelles, dont deux avec la participation de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Représentation sur les comités Milieu de vie;
- Représentation lors des rencontres du Café des sages;

- 
- Réalisation de projets spéciaux, soit *Mettre les couleurs de la vie dans les yeux des résident(e)s* et organisation d'une Journée de la culture;
 - Participation à une levée de fonds;
 - Réalisation de deux sondages de satisfaction.

Défense des droits et des intérêts collectifs

Les comités de résidents ont fait des représentations dans quatre dossiers en lien avec le respect du code d'éthique par les intervenants, l'aménagement physique des lieux, l'offre de service en câblodistribution et la cohabitation des clientèles hébergées.

Préoccupations des comités de résidents portées à l'attention du comité des usagers

- Organisation du travail et pénurie de personnel;
- Service de buanderie;
- Collaboration avec les comités de résidents;
- État physique de certains lieux;
- Conditions de vie des résidents;
- Budget des comités de résidents;
- Difficulté à recruter de nouveaux membres au sein des comités.

2015-2016 - Recommandation conjointe du comité des usagers et de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services au conseil d'administration

Taux de réponse aux besoins des personnes hébergées :


Le comité et la commissaire soulignent et reconnaissent les efforts majeurs déployés à ce jour par la Direction du soutien à l'autonomie et gestion des maladies chroniques pour améliorer la réponse aux besoins des personnes hébergées; efforts qui commencent à donner des résultats au niveau de la qualité des services, mais sans avoir d'impact sur le taux de réponse qui n'a pas bougé depuis 2013-2014.

Deux situations demeurent problématiques dans les centres d'hébergement du CSSS, lesquelles méritent d'être signalées :

- Nous constatons que le taux moyen de réponse est de 3,02 par rapport à 3,1 pour le Sud de Lanaudière et 3,27 pour le Québec;
- La norme ministérielle du taux réponse est de 3 HS/JP et nous constatons que ce taux n'est pas atteint dans certains de nos centres d'hébergement.

Recommandation 1

- *Considérant que les comités de résidents lors des réunions du comité des usagers reviennent constamment sur les insatisfactions vécues par la clientèle au niveau d'une réponse adéquate à leurs besoins, au niveau des délais de réponse aux cloches, au niveau du manque de personnel particulièrement en soirée et les fins de semaine;*
- *Considérant que les motifs de plaintes reçues par la commissaire sont du même ordre;*
- *Considérant que ces insatisfactions et ses plaintes se répètent depuis plusieurs années;*

- 
- *Considérant que ces situations sont très préoccupantes, tant pour le comité des usagers que pour la commissaire aux plaintes et que malgré les efforts consentis à ce jour les résultats ne sont pas au rendez-vous;*

Le comité des usagers et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services recommandent à la Direction du soutien à l'autonomie et gestion des maladies chroniques que des efforts soient faits en priorité pour que tous les centres d'hébergement du CSSS du Nord de Lanaudière atteignent minimalement la norme ministérielle de 3 HS/JP.

Recommandation 2

Le comité des usagers et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services recommandent au conseil d'administration de faire les représentations nécessaires afin que soit réévaluée la norme ministérielle actuelle pour améliorer de façon significative la qualité des soins et services et le niveau de satisfaction de notre clientèle.

Le budget du comité des usagers

En 2014-2015, le comité des usagers a disposé d'un budget de fonctionnement de 90 000 \$ et d'un surplus de 41 982 \$. Au 31 mars 2015, les dépenses du comité se chiffrent à 91 426 \$ et ses surplus à 34 825 \$. Les surplus des comités de résidents sont d'environ 2 539 \$ et s'ajoutent aux surplus du comité des usagers.



Bureau d'éthique

Les intervenants et les usagers doivent parfois prendre des décisions susceptibles d'avoir des impacts sur leur qualité de vie ou sur la qualité des soins et services. Un bureau d'éthique, coordonnant les activités du comité d'éthique clinique et du comité d'éthique de la recherche, offre des ressources et des outils afin de soutenir les personnes qui en font la demande dans leur prise de décision.

Le bureau d'éthique est coordonné par la Direction des services multidisciplinaires et des processus d'éthique et d'agrément.

Comité d'éthique clinique (CÉR)

M. Marc Pepper, chef du Service des soins spirituels assure la présidence de ce comité. Les membres du comité d'éthique clinique ont reçu une formation sur la méthode d'analyse des problématiques éthiques soulevées par les pratiques professionnelles.

Afin de répondre aux demandes, un comité de 24 techniciens, professionnels et médecins provenant de différents secteurs d'activité est en place et est disponible pour former un comité d'éthique clinique ponctuel dans le but de donner un avis aux personnes aux prises avec un dilemme éthique.

Au cours de l'année 2014-2015, le comité d'éthique clinique a reçu 7 demandes, dont 2 sont en attente de traitement et 1 a été retirée. Il a tenu 5 rencontres et rendu 6 avis. À une occasion, le comité d'éthique a demandé l'avis du comité de pairs du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Comité d'éthique de la recherche

Composition

Mme Caroline Mayer, représentante des soins infirmiers, présidente

Mme Céline Beaulieu, spécialisée en éthique


Me Mélanie Bégin, spécialisée en droit

Mme Alice Amyot, représentante de la collectivité non affiliée à l'établissement provenant de groupes recevant des services de l'établissement

Dr Jean-Marie Albert, représentant de la communauté médicale

Mme Nathalie Ouellet, œuvrant en pharmacologie

Mme Johanne Lavallée, représentante des services multidisciplinaires



M. Jean-Yves Tremblay, coordonnateur du CÉR sans droit de vote, membre recommandé par la Direction générale

Au cours de l'année 2014-2015, le comité d'éthique de la recherche a tenu 6 séances régulières.

Faits saillants

Durant l'année, le CÉR a analysé 8 nouveaux projets et évalué 24 demandes, soit pour des renouvellements ou des amendements. Il n'y a eu aucune demande d'appel suivant les décisions rendues. Le CÉR a également procédé aux ajustements requis de ses procédures afin de se conformer aux nouvelles modalités d'examen éthique des projets de recherche multicentriques. Enfin, le CÉR a recommandé au conseil d'administration de l'établissement d'adopter une résolution acceptant le principe d'un seul examen éthique par projet de recherche multicentrique et exprimant ainsi son intention de collaborer avec son Réseau universitaire intégré (RUIS). Cette résolution a été adoptée à la séance du 28 janvier 2015.

Nouveaux projets de recherche

- Essai aléatoire groupé contrôlé sur une stratégie de traitement pour la prise en charge de la rectocolite hémorragique. Deux groupes de contrôle, dont un basé sur un algorithme de traitement standard et l'autre sur un algorithme amélioré, accéléré dans l'administration de certains médicaments. - P7725 CONSTRUCT (RP1206);
- Essai aléatoire groupé contrôlé sur une stratégie de traitement pour la prise en charge de la maladie de Crohn. Deux groupes de contrôle, dont un basé sur un algorithme de traitement standard et l'autre sur un algorithme amélioré, accéléré dans l'administration de certains médicaments. - P7726 REACT2 (RP1202);
- Implantation de tuteurs coronariens immédiats vs différés dans l'infarctus aigu du myocarde. - P7727 PRIMACY;
- Étude randomisée, menée en double aveugle et en deux groupes parallèles, contrôlée par placebo visant à évaluer l'impact du traitement à long terme du BELVIQ (chlorhydrate de lorcasérine) sur l'incidence des principaux événements cardiovasculaires indésirables et la conversion vers un diabète sucré de type 2, chez des sujets obèses ou en surpoids présentant une maladie cardiovasculaire ou des facteurs multiples de risques de maladie cardiovasculaire. - P7728 CAMELLIA - APD356-G000-401;
- Étude de phase III multicentrique, à répartition aléatoire, à double insu, contrôlée par placebo, avec groupes parallèles, visant à évaluer l'efficacité, l'innocuité et la tolérabilité de PF-04950615 dans la réduction de la survenue d'événements cardiovasculaires graves chez des sujets présentant un risque élevé. - P7729 SPIRE B1481022 et P7730 SPIRE B1481038;
- Évaluation de l'implantation d'une équipe de consultation infirmière de proximité. - P7730;
- Projet de recherche portant sur l'évaluation des complications en dialyse - P7732.



Comité de gestion des risques et de la sécurité

Composition

Mme Judith Hébert, chef d'administration de programme, Info-Santé-Info-Social et équipe mobile de crise

Mme Martine Baril, coordonnatrice à l'hébergement SAPA - Matawinie-Montcalm

Mme Nathalie Kopajko, infirmière au soutien à domicile

M. Jacques Laporte, chef des services à la clientèle hospitalisée et hébergée en santé mentale adulte

Mme Pascale Perreault, coordonnatrice des services diagnostiques, pharmaceutiques et soutien clinique

Mme Anick St-Amour, assistante chef au Service des laboratoires

M. Bernard Denis, usager

Mme Noëlla Goyet, usager

Dr Jean Levasseur, médecin

Mme Nathalie Tremblay, chef du Service de prévention des infections

Mme Pascale Gagné, directrice des affaires économiques, immobilières et de la logistique

M. Paul Arbec, contrat de services (hébergement)

M. Robin Gagnon, directeur de la prestation sécuritaire des services et des soins infirmiers

Mme Mélanie Manseau, conseillère à la gestion des risques

Mme Suzie Caron, conseillère à la gestion des risques

Mme Monique Pichette, coordonnatrice à la prestation sécuritaire des soins et services

Mme Diane Rochon, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

M. Jean-Yves Tremblay, directeur des services multidisciplinaires et des processus d'éthique et d'agrément (à titre d'invité)

Mme Lorraine Boisjoly, directrice générale adjointe exécutive - affaires corporatives, académiques et excellence opérationnelle


M. Martin Beaumont, directeur général

Au cours de l'année 2014-2015, le comité a tenu 7 rencontres.

Faits saillants

Fonctionnement du CGRS

La représentativité définie dans le règlement *Règles de fonctionnement du comité de gestion des risques et de la sécurité* a été respectée au cours de l'année. Six représentants ont quitté le comité de gestion des risques et de la sécurité (CGRS) et six nouvelles personnes ont été recrutées et nommées. Au cours de l'année, une révision des règles de fonctionnement a été réalisée afin d'intégrer une représentativité en fonction du nouveau plan d'organisation. À



compter de septembre 2014, la composition du comité a été revue à douze membres représentant les trois réseaux stratégiques.

Sécurité des soins et des services

En avril 2014, un nouveau formulaire de déclaration des incidents/accidents a été implanté dans l'ensemble des installations du CSSS, ce qui a permis de rencontrer la majorité des intervenants et de les inciter à poursuivre la déclaration des événements indésirables.

Afin de promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents, les conseillères à la gestion des risques ont rencontré tous les nouveaux employés dans le cadre de la journée d'accueil et d'intégration. Chaque nouveau gestionnaire a également été rencontré de façon individuelle. Enfin, lorsqu'une modification importante du nombre de déclarations était observée dans un secteur, des rencontres ont eu lieu avec les acteurs concernés. Les conseillères ont assuré le suivi de 10 événements sentinelles ou importants.

Dans le cadre de l'évaluation annuelle de l'utilisation des mesures de contrôle des usagers, le registre de déclaration de ces mesures a été implanté au sein des trois secteurs cliniques concernés (SAPA, santé mentale et santé physique). Après deux années d'utilisation, les résultats, tant en SAPA qu'en santé mentale, démontrent une uniformisation des données recueillies, de même qu'une fiabilité des indicateurs, tout en dressant un portrait plus juste de la pratique infirmière. Quant au registre en santé physique, les résultats sont moins représentatifs en raison d'une implantation progressive en cette première année.


Dans un souci d'assurer la mise en place de mesures préventives, 181 rapports d'investigation du coroner ont été analysés par la gestion des risques. De ce nombre, 35 ont fait l'objet de suivis auprès des secteurs ciblés. Un seul rapport concernait le CSSS du Nord de Lanaudière. Aucune recommandation n'a été émise en lien avec cet événement et le rapport de coroner conclu qu'il s'agissait d'une mort accidentelle. De plus, le suivi de 119 alertes a été assuré.

Gestion des incidents/accidents

Au cours de la dernière année, 10 706 rapports de déclaration d'incidents et d'accidents ont été remplis. Comme par les années passées, le plus grand nombre de déclarations est en lien avec les catégories « chutes » et « médicaments ». Les taux sur l'ensemble des catégories sont comparables aux années précédentes pour les chutes, soit 37,9 %¹⁵, mais une baisse de près de 5 % pour les médicaments est observée, soit 37,4 %¹⁶. En lien avec ces deux catégories, des suivis ont été réalisés auprès des directions concernées et des comités partenaires. Des mesures correctrices sont en cours. Les conseillères à la gestion des

¹⁵ Ce nombre est une évaluation, car au moment de rédiger le rapport, nous n'avions pas le décompte exact.

¹⁶ Ce nombre est une évaluation, car au moment de rédiger le rapport, nous n'avions pas le décompte exact.



risques ont présenté 9 événements importants au CGRS ainsi que les mesures correctives apportées et les mesures de soutien offertes.

L'analyse du bilan des rapports de déclaration reçus permet de constater que :

- 74,4 % des événements impliquant des usagers étaient sans conséquence pour ces derniers;
- 25,6 % des événements ont entraîné des conséquences pour les usagers. De ce nombre, 96 % ont nécessité des interventions mineures (aide à la mobilisation, désinfection de plaie, prise de glycémie capillaire, etc.) et 4 % ont nécessité des soins spécialisés (points de suture, prélèvement sanguin, chirurgie, etc.).

Présentations faites par des comités partenaires

Dans le but d'être informé des zones de vulnérabilité du CSSS, le CGRS a fait appel à des comités partenaires afin de connaître, pour des domaines particuliers, les situations pouvant poser un risque à la sécurité des usagers ou du personnel. Entre autres, le comité sur la prestation sécuritaire des activités liées aux médicaments a fait un état de situation et présenté les activités réalisées pour améliorer les processus de distribution des médicaments. De plus, quatre rapports sur la gestion des risques ont été présentés.

Par ailleurs, afin de répondre à ses mandats, le CGRS a été informé des démarches réalisées en lien avec certains dossiers spécifiques soit :

- Suivi des travaux en lien avec les normes d'Agrément Canada;
- Présentation des résultats du sondage sur la culture de sécurité;
- Actualisation du programme de pharmacovigilance;
- Mise à jour de la *Politique de gestion des stupéfiants, drogues contrôlées, benzodiazépines et autres substances ciblées aux unités de soins et services du CSSS*;
- Suivi du plan d'action lié aux plaies de pression;
- Réalisation d'une analyse prospective sur l'oxygénothérapie;
- Réalisation d'un atelier Kaizen concernant le processus de distribution des médicaments au Centre d'hébergement Désy;
- Actualisation du guide de distribution des médicaments unidose et multidoses au CSSS.

Avis ou recommandations

Aucune situation n'a fait l'objet d'une recommandation par le CGRS en 2014-2015. Toutefois, le suivi de l'ensemble des recommandations émises antérieurement a été effectué régulièrement. Les recommandations concernant la pratique en soins de plaies de pression ont été complétées.

En ce qui a trait à la *Politique de gestion des stupéfiants, drogues contrôlées, benzodiazépines et autres substances ciblées aux unités de soins et services du CSSS*, elle a été révisée et adoptée par le conseil d'administration en février 2015.



En 2013-2014, le CGRS avait émis une recommandation en lien avec la mise en place d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques. Ce programme d'antibiogouvernance a été présenté et les indicateurs de suivi identifiés.

Deux avis ont été émis par la gestion des risques :

- Responsabilité légale lors d'un congé médical;
- Code bleu au Charleroi 1.



Nos bénévoles

La clientèle de notre CSSS peut compter sur environ 500 bénévoles qui, par leur présence, leurs sourires, leurs compétences et leurs habiletés relationnelles rendent plus agréable et moins insécurisant le séjour en centre hospitalier ou en centre d'hébergement.

Les bénévoles accompagnent, soutiennent et réconfortent les résidents, les usagers, de même que les familles et les proches. L'apport des bénévoles auprès de notre clientèle n'a pas de prix. Ils contribuent à leur bien-être psychologique et physique.

Au cours de la dernière année, le Service des bénévoles a changé de responsable. Il relève désormais du Service des soins spirituels.

Au centre hospitalier et au Centre d'hébergement Saint-Eusèbe

En 2014-2015, les 191 bénévoles du CHRDL et du Centre d'hébergement Saint-Eusèbe ont donné généreusement plus de 24 000 heures de leur temps à notre clientèle.

La Corporation des bénévoles du CHRDL a pu remettre un total de 25 500 \$ en dons visant l'amélioration de la qualité de vie de notre clientèle.

Depuis quelques mois, grâce à la contribution financière de leur corporation, nos bénévoles arborent fièrement une nouvelle veste à manches courtes, bien identifiée. Cette dernière remplace le sarrau traditionnel. De même, nos bénévoles disposent tous d'une carte d'identité avec photo. Ces deux nouveautés permettent de les identifier plus facilement et contribuent à assurer la sécurité de notre clientèle.

En plus de leurs activités régulières, les bénévoles ont tenu deux collectes de sang auxquelles ont participé 203 donateurs. Ils ont également réalisé une vente de livres qui a rapporté 818 \$ et une vente d'articles promotionnels au profit d'Opération Enfant Soleil, pour un montant 700 \$.

Dans les centres d'hébergement

Chacun de nos centres d'hébergement bénéficie de la présence généreuse de personnes qui donnent de leur temps afin d'améliorer la qualité de vie des résidents. Ces bénévoles s'impliquent activement dans la réalisation d'activités de loisirs, de rencontres sociales et d'accompagnement lors de sorties dans la communauté, en plus d'offrir leur soutien aux équipes de travail.

Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière



La Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière a pour mission de contribuer à améliorer la qualité de vie ainsi que les soins et les services offerts dans les installations du CSSS du Nord de Lanaudière. Elle procède à l'achat d'équipements destinés à favoriser le développement et l'amélioration des soins et des services qui y sont offerts.

Pour remplir sa mission, la fondation met en place, depuis maintenant 30 ans, des campagnes de financement annuelles, de même que des activités de financement. Elle a le désir profond d'agir en tant que levier sur les projets engendrés par le CSSS du Nord de Lanaudière. Son but ultime est de représenter une valeur ajoutée à l'organisation qu'est le CSSS du Nord de Lanaudière, tout en faisant le lien entre les besoins et les ressources, et en s'assurant de répondre aux volontés des donateurs.

Faits saillants

Pour son 30^e anniversaire, la fondation a eu droit à plusieurs belles surprises. Tout d'abord, la campagne annuelle de financement 2014 a permis d'amasser plus de 1 750 000 \$, grâce à la générosité de milliers de donateurs et de fidèles partenaires. La fondation a de plus eu l'occasion de nommer trois nouveaux ambassadeurs, soit M. Claude Lépine, M. Roland Granger et Dr Simon Kouz, en plus de recevoir le prix *Coup de cœur* de l'année de l'Association des Fondations d'Établissements de Santé du Québec (AFÉSAQ). Enfin, la fondation a démarré un tout nouveau type de campagne locale de financement : la campagne *Des Jardins de vie*, pour financer le réaménagement des cours extérieures des centres d'hébergement.

Investissements

En 2014-2015, la fondation a financé, en partie, le projet d'infirmière en milieu rural, une initiative qui place les soins de santé à proximité de la population. La fondation a également investi 300 000 \$ pour l'acquisition d'équipements pour le bloc opératoire du CHRDL, notamment pour la chirurgie orthopédique. Comme à chaque année, la fondation a investi beaucoup dans l'achat de divers équipements pour plusieurs services, départements et installations, ce qui est bénéfique pour l'ensemble de la population du Nord de Lanaudière.



Activités de la fondation

Les activités-bénéfiques de la fondation ont connu, en 2014, un essor au-delà des attentes. Le Défi 12 h Val Saint-Côme a connu une année exemplaire avec un résultat final de 77 000 \$, tandis que l'activité Coup de pédale contre le cancer a brisé des records avec un résultat de 123 000 \$. Alors que le Tournoi de golf et la Dégustation de Vins & Mets de prestige ont permis de récolter un montant total de 185 000 \$, l'équipe de grimpeurs du Kilimanjaro a atteint des sommets avec 60 000 \$ amassés. La fondation a également la chance de pouvoir compter sur plusieurs partenaires qui organisent de multiples activités toutes plus originales les unes que les autres.



Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration


1) Dispositions générales

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

Ce code s'inscrit dans le cadre du mandat confié par la population au conseil d'administration qui consiste à s'assurer à ce que l'établissement dispense des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficaces, selon les besoins de santé à satisfaire et les clientèles à desservir et ce, en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières à sa disposition.


2) Devoirs et obligations

- 2.1 Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
- 2.2 Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- 2.3 Le membre du conseil d'administration doit, dans la mesure du possible, participer à chacune des séances du conseil.
- 2.4 Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil peut exercer son droit de vote lorsque requis ou selon le cas, exprimer sa dissidence ou son abstention.
- 2.5 Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- 2.6 Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.
- 2.7 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance.
- 2.8 Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.
- 2.9 La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération.

- 
- 2.10 Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions lorsque la nature du dossier le nécessite.
 - 2.11 Le membre du conseil doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

3) Devoirs spécifiques

- 3.1 Les mesures de prévention
 - 3.1.1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés. Il doit agir dans l'intérêt de l'établissement et non pas à l'égard du groupe qui l'a élu, nommé ou coopté.
 - 3.1.2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
 - 3.1.3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.
 - 3.1.4 Le membre du conseil d'administration respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias.
 - 3.1.5 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation réelle, apparente ou potentielle où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
 - 3.1.6 Le membre du conseil d'administration, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement, doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général.
 - 3.1.7 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout type de contrat conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.
 - 3.1.8 Le directeur général doit, dans les 60 jours qui suivent 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 l'établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les 60 jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les 60 jours de l'anniversaire de sa nomination.

3.1.9 Le directeur général doit également déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout type de contrat conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires, dans les 30 jours qui suivent la conclusion de ce contrat.

3.2 L'identification de situations de conflits d'intérêts

3.2.1 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.

3.2.2 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, 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.

3.2.3 Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts 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 d'administration.

3.2.4 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :

- 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 en être défavorablement affectés;
- n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

3.2.5 Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même.

3.2.6 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.



- 3.2.7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.
- 3.3 Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes
 - 3.3.1 Le membre du conseil d'administration ne reçoit aucun traitement ; il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.
 - 3.3.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, 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 son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
 - 3.3.3 Le membre du conseil d'administration ne doit pas 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.
 - 3.3.4 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.
 - 3.3.5 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.
- 3.4 Les devoirs et obligations de l'après-mandat
 - 3.4.1 Le membre du conseil d'administration 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.
 - 3.4.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner du respect envers l'établissement et son conseil d'administration.
- 4) Application du code**
 - 4.1 Adhésion du code
 - 4.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent code ainsi que les lois applicables.




- 4.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe A du présent code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
- 4.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.
- 4.1.4 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévus dans le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

4.2 Comité de gouvernance et d'éthique

- 4.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :
 - Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30);
 - Diffuser et promouvoir le présent code auprès des membres du conseil d'administration;
 - Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent code;
 - Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent code;
 - Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
 - Réviser, au besoin, le présent code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
 - Évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant.

4.3 Comité de discipline

- 4.3.1 Le conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois membres et, d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.
- 4.3.2 De plus, le comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.



4.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

4.3.4 Le comité de discipline a pour fonctions de :

- Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
- Déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent code;
- Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

5) Processus disciplinaire

5.1 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code, en transmettant le formulaire de l'Annexe C du présent code complété par cette personne.

5.2 Le président se réserve le droit de rejeter toute plainte jugée frivole par ce dernier ou qui s'avère non fondée après étude par le comité de discipline.

5.3 Le membre du conseil d'administration est informé par le président qu'une enquête est tenue à son sujet et ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

5.4 Le comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours (à titre indicatif) de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de discipline.


5.5 Le comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe D du présent code.

5.6 Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

5.7 Le comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du



- dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
- 5.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 5.9 Le comité de discipline transmet son rapport au conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours (à titre indicatif) suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- Un état de faits reprochés;
 - Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent code;
 - Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 5.10 En application de l'article 5.9 d) du présent code, le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 5.11 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux* (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
- 5.12 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
- 5.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
- 5.14 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent code, de manière confidentielle, pendant toute la



durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (L.R.Q., C. A-21.1).

6) La publicité du code

- 6.1 L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande.
- 6.2 L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration.
- 6.3 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;
 - De leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - Des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.



**Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
1000, boulevard Sainte-Anne
Saint-Charles-Borromée, (QC) J6E 6J2
450 759-8222
csssnl.qc.ca**