

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

**RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2016-2017**

Québec 

Une publication de :**Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval**

1755, boulevard René-Laennec

Laval (Québec) H7M 3L9

Téléphone : 450 668-1010

Site Web : www.lavalensante.com

Édition

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, CISSS de Laval

Diffusion

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse www.lavalensante.com

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2017

Dépôt légal – 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN 978-2-550-74899-1 (version PDF)

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

L'AN 2 DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2016-2017 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval.

Rappelons que le CISSS de Laval est issu de la mise en vigueur, le 1^{er} avril 2015, de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS). Cette loi a transformé en profondeur l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux à Laval en créant un seul centre intégré de santé et de services sociaux à mission élargie pour l'ensemble du réseau territorial lavallois. Elle vise à favoriser et simplifier l'accès aux services et à faciliter la continuité de ces derniers pour la population, à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services ainsi qu'à accroître l'efficacité, l'efficience et la pertinence de ceux-ci. Elle a aussi pour but d'assurer la coordination, la fluidité et la complémentarité des soins et des services sur un territoire donné, de simplifier le parcours de soins et de services, de maintenir une offre de service de proximité et de développer un véritable travail interdisciplinaire en première ligne.

Depuis sa création, le CISSS de Laval s'affaire à actualiser le plan stratégique 2015-2020 du réseau de la santé et des services sociaux dont découle un portefeuille de 174 priorités organisationnelles afin d'atteindre les cibles fixées du plan. Ces priorités, qui ont fait l'objet d'une vaste démarche de consultation auprès des parties prenantes, ont été adoptées par le conseil d'administration et seront mises en œuvre d'ici janvier 2018. L'état de l'avancement de la réalisation de ces priorités est rigoureusement suivi par le conseil d'administration et le comité de direction.

La tournée de la présidente-directrice générale (PDG) et de la présidente-directrice générale adjointe (PDGA) s'est poursuivie en 2016-2017. Cette activité avait pour objectif de rencontrer les différentes équipes du CISSS de Laval, afin de présenter les grandes étapes de la transformation en cours ainsi que les objectifs de la planification stratégiques et de répondre aux questions et aux préoccupations du personnel. Une vingtaine de rencontres ont eu lieu dans presque autant d'installations permettant de rencontrer plusieurs centaines d'employés.

GOUVERNANCE DU CISSS DE LAVAL

Au cours de l'année financière 2016-2017, le conseil d'administration a tenu sept assemblées ordinaires et six assemblées spéciales ainsi que trois journées consacrées à de la formation, à la planification et à la tournée de l'ensemble des installations. Une assemblée publique d'information, à laquelle la population était conviée, s'est déroulée le 24 novembre 2016.

Les différents comités du conseil d'administration se sont mis en place et ont débuté leurs travaux : comité de gouvernance et d'éthique, comité de vigilance et de la qualité, comité d'évaluation des mesures disciplinaires, comité des ressources humaines. Le comité consultatif de l'Hôpital juif de réadaptation a été constitué.

La PDGA du CISSS de Laval, madame Danièle Dulude, a quitté pour sa retraite le 31 mars 2017 après 38 ans de vie professionnelle consacrés au mieux-être des jeunes, des familles et des personnes vulnérables de Laval.

À la suite d'un concours public, madame Sylvie Bourassa, qui occupait le poste de directrice générale adjointe (DGA) et directrice des services multidisciplinaires, a été nommée PDGA en remplacement de madame Dulude. Elle est entrée en fonction le 1^{er} avril 2017.

Voici un survol des sujets dignes de mention qui ont marqué l'année 2016-2017. L'ensemble des réalisations sont présentées plus en détails dans la section *Faits saillants* du présent rapport.

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES, ORGANISATIONNELLES ET ATTENTES SIGNIFIÉES À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

L'accès unique et standardisé aux continuums de soins de santé et de services sociaux de première ligne

Le CISSS de Laval a travaillé à implanter le nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF), visant ainsi l'amélioration de l'accès à un médecin de famille.

Le CISSS de Laval a réussi à implanter 13 groupes de médecine de famille sur son territoire. Le déploiement du programme de GMF repose sur une collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe. Il vise à prodiguer aux patients des soins de qualité tout en permettant une amélioration de l'accès aux soins de santé, à l'ensemble de la population et, plus spécifiquement, pour les personnes atteintes de maladies chroniques, de problèmes psychosociaux et de santé mentale. L'intégration des ressources professionnelles au sein des GMF permet de centrer l'offre de soins et services sur les besoins du patient.

Depuis le début de l'implantation du programme, de nombreux professionnels ont été intégrés dans les GMF soit, en équivalent temps complet (ETC) : 43 infirmières cliniciennes, 20 travailleurs sociaux, 5 nutritionnistes, 4,7 kinésiothérapeutes et 4,1 psychologues. Une mesure systématique des délais de services et du nombre de consultations des professionnels de l'établissement en GMF a été effectuée à partir des dossiers médicaux électroniques.

De plus, au moment d'écrire ces lignes, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, annonçait l'implantation de six super-cliniques sur le territoire du CISSS de Laval, ainsi que le début du projet-pilote de Rendez-vous santé Québec. Grâce à l'implantation de ces super-cliniques et du système de prise de rendez-vous, les patients auront accès, dès l'été 2017, à une consultation médicale le jour même ou dès le lendemain. L'accès aux services de prélèvements et d'imagerie médicale sera également facilité.

Durant la période du 1^{er} avril 2016 au 1^{er} avril 2017, 23 539 Lavallois ont été inscrits auprès d'un médecin de famille de la région, ce qui a haussé le taux d'inscription général de 67,1 à 72,4 %. Des efforts considérables se maintiendront afin de poursuivre cette augmentation du nombre de patients inscrits auprès d'un médecin de famille et d'améliorer l'accès à un médecin de famille.

Accessibilité aux soins en médecine spécialisée

Le Centre de répartition des demandes de service (CRDS) pour Lanaudière, Laurentides et Laval (LLL) a débuté ses activités le 24 octobre 2016 afin de faciliter l'accès aux services spécialisés pour la population des trois régions. Il s'agit d'une porte d'entrée unique permettant aux médecins de famille de référer les usagers ayant besoin d'une première consultation auprès d'un médecin spécialiste, tant en clinique externe qu'en cabinet privé. De plus, le CRDS LLL évite à l'utilisateur d'avoir à faire lui-même des démarches. Le CISSS des Laurentides est mandataire de ce point de chute unique, il a reçu environ 30 000 requêtes dans les cinq premiers mois d'opération.

Services de santé et médecine universitaire

Afin d'améliorer l'accès aux soins et services professionnels de première ligne de façon tangible et continue, le CISSS de Laval a fait appel à un plus grand nombre d'infirmières praticiennes spécialisées de soins de première ligne (IPS-SPL). Quatorze IPS-SPL pratiquent maintenant au sein de l'établissement.

Des efforts considérables ont été mis de l'avant par le personnel et l'équipe médicale de l'urgence afin d'agir sur le délai de réponse à l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Une révision de processus a permis d'améliorer significativement le délai de prise en charge médicale des patients sur civière et la durée moyenne de séjour.

Soutien à domicile et soins de longue durée

Le 10 février 2017, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé des investissements de près de 15 millions de dollars pour la création de 224 places en centre d'hébergement, l'ajout d'effectifs dans les centres d'hébergement et améliorer l'accès aux services de soutien à domicile. Le montant consacré aux soins à domicile totalise 2,8 millions de dollars et servira à augmenter le nombre de personnes desservies et à intensifier les services.

Santé publique

Le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 du CISSS de Laval a été produit au cours de la dernière année et adopté par le conseil d'administration le 15 septembre 2016. Ce plan d'action prévoit cinq axes d'intervention soit : la surveillance de l'état de santé et de ses déterminants, le développement global des enfants et des jeunes, l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires, la prévention des maladies infectieuses, la gestion des risques et des menaces à la santé et la préparation aux urgences sanitaires.

Dans le contexte de l'intégration des services de santé publique de première et deuxième lignes au sein d'un même établissement, le CISSS a procédé, en conformité avec les balises ministérielles, à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans d'action interdirections qui encadrent les modalités de gestion des services confiés par le directeur de santé publique à d'autres directions.

Le CISSS de Laval a révisé sa politique de prévention et de protection contre l'influenza à la lumière de nouvelles études sur l'impact de la vaccination des travailleurs de la santé.

Un comité de lutte contre le tabagisme, coprésidé par la PDGA et le directeur de santé publique, a été mis en place afin de définir les orientations et élaborer une politique pour un environnement sans fumée. La politique, en cours d'élaboration, sera déposée au conseil d'administration à l'automne 2017 et sera mise en application dans l'ensemble des installations du CISSS.

Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services

S'inscrivant dans le déploiement du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 *Faire ensemble et autrement*, le plan de primauté, comme son nom l'indique, signifie « la personne avant tout », la personne avant la maladie, l'individu avec sa personnalité, ses croyances, ses aspirations, ses capacités. Élaboré de concert avec des représentants des différentes directions du CISSS ainsi que des organismes communautaires, des utilisateurs de services et leurs proches, ce plan vise la réalisation d'activités autour des droits des usagers, la lutte à la stigmatisation, des pratiques axées sur le « rétablissement », la reconnaissance, le soutien et l'implication des personnes utilisatrices de services et des membres de son entourage dans l'organisation des services en santé mentale. Adopté par le conseil d'administration à l'automne 2016, sa mise en œuvre est prévue pour le printemps 2017.

Plan d'action 2016-2018 à l'égard des personnes handicapées

Le CISSS de Laval a adopté un plan d'action visant à réduire les obstacles à la participation sociale des personnes handicapées. Un groupe de travail, incluant des représentants de plusieurs directions du CISSS de Laval et un représentant du Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval, a été créé pour élaborer le premier plan d'action du CISSS de Laval et en assurer le suivi.

Implantation des recommandations du rapport Lebon portant sur les fugues reliées à l'exploitation sexuelle

Dans son rapport, rendu public en mars 2016, sur les fugues reliées à l'exploitation sexuelle, le vérificateur externe, monsieur André Lebon, a émis cinq recommandations qui ont conduit à la mise en œuvre d'un plan d'action. Ce plan couvre quatre axes d'intervention visant l'identification des meilleures pratiques en soutien à l'intervention, l'appropriation et le transfert des connaissances, les actions concertées avec les différents acteurs de la communauté et un processus clinique réaffirmant que les jeunes et leur famille sont au centre des décisions. Le plan d'action a été déployé par les équipes de la Direction du programme jeunesse et les cinq recommandations du vérificateur externe ont été implantées. Soulignons que l'année 2016-2017 s'est traduite par une diminution de 51 % du nombre de fugues comparativement à l'année précédente.

La Direction du programme jeunesse poursuit ses travaux et sa collaboration avec le Service de police de la Ville de Laval pour renforcer les interventions en cas de fugues et aussi pour les prévenir. Un plan de communication a été élaboré par le CISSS de Laval, en collaboration avec le service de police, afin de recentrer le message public vers la véritable problématique qu'est l'exploitation sexuelle des mineurs. Cette stratégie s'est d'ailleurs soldée par la diffusion de reportages et la publication d'articles portant sur cette importante problématique sociale.

Prévention de la radicalisation menant à la violence

Inspirés par le plan d'action mis en place par le gouvernement du Québec en 2015, plusieurs partenaires lavallois dont la Ville de Laval, le CISSS de Laval, la Commission scolaire de Laval, la Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier, le Collège Montmorency et le Directeur des poursuites criminelles et pénales ont fait connaître, le 25 novembre 2016, leurs orientations concrètes afin de faire face au phénomène de la radicalisation menant à la violence. Les stratégies lavalloises visent à renforcer les capacités des acteurs régionaux à détecter, à prévenir et à intervenir sur le terrain pour combattre la radicalisation.

Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement en milieu de travail

La politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement en milieu de travail a été adoptée par le conseil d'administration. Cette dernière s'inscrit dans le cadre de la politique provinciale en matière de harcèlement au travail tout en comprenant les adaptations locales prévues. Un plan de communication a été élaboré et son déploiement se poursuivra au cours des prochains mois. Les conseillères en développement organisationnel ont donné des formations sur la civilité à plusieurs équipes. Une tournée de tous les comités de gestion s'amorcera dès septembre 2017.

Accès aux soins et services en langue anglaise

Bien que le CISSS de Laval ne soit pas un établissement désigné bilingue, à titre d'établissement indiqué, il doit être en mesure de donner accès à des services en anglais dans certains secteurs névralgiques comme l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, les centres de prélèvement et les cliniques externes. Soulignons, par contre, que l'Hôpital juif de réadaptation, à titre d'établissement regroupé, est désigné bilingue. En ce sens, l'ensemble des services y sont offerts en français et en anglais. Le plan d'action relatif à l'accès aux services en anglais a été mis à jour pour s'assurer qu'il répond à la réalité d'une population en pleine croissance. La population lavalloise d'expression anglaise est de 82 080 personnes, soit 20,6 % de la population totale. Il s'agit d'une augmentation de 31 367 individus entre 1996 et 2011, soit une croissance de 62 % en 15 ans.

Le plan d'action comprend des projets d'amélioration de l'accessibilité des services en langue anglaise comme le déploiement d'un plan de communication interne ayant pour but de sensibiliser l'ensemble du personnel à cette réalité et d'expliquer les obligations de l'établissement en cette matière. Le CISSS de Laval offre à tous ses employés un programme de formation linguistique. Afin de s'assurer que l'accès aux services en anglais correspond aux attentes de la population, des consultations ont eu lieu auprès des organismes du milieu représentant la communauté anglophone.

Imagerie diagnostique de pointe

Une nouvelle entente de service a été conclue afin que le CISSS de Laval desserve, à compter d'avril 2016, la clientèle des Laurentides et du sud de Lanaudière nécessitant un tomographe par émission de positrons (TEP scan), examen de médecine nucléaire.

Soins et services en accident vasculaire cérébral

En juin 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux a attribué à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et, plus spécifiquement, l'unité de soins du 5^e Ouest-Nord, le statut de centre secondaire de continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). De plus, en décembre 2016, l'Hôpital juif de réadaptation a été reconnu par Agrément Canada dans le cadre du Programme distinction – services aux victimes d'AVC.

Entreprise en santé

Plusieurs actions ciblant la mobilisation du personnel ont été déployées au sein du CISSS de Laval. Les efforts se sont poursuivis pour améliorer et maintenir de façon durable et en continu la santé et le mieux-être de tout le personnel et, ultimement, obtenir une première certification Entreprise en santé unifiée. Une nouvelle structure de gouvernance de la démarche a été mise en place. La nouvelle Politique organisationnelle sur la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé, à la sécurité et au mieux-être a été adoptée par le conseil d'administration. Les premières activités du plan d'action ont commencé à être offertes à tout le personnel.

CONFORMITÉ

Le CISSS de Laval a pris les mesures nécessaires afin de se conformer aux dispositions de l'entente de gestion et d'imputabilité et d'assurer, en tout temps, l'offre de service à la population pendant la période intensive de réorganisation du réseau. La planification, l'organisation et l'actualisation des activités de l'établissement ont tenu compte de la planification stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité. Toute nouvelle orientation, engagement ou directive du Ministre ou de l'équipe ministérielle survenue en cours d'année a été actualisée à l'intérieur des délais prescrits.

Les redditions de compte des années financières 2015-2016 et 2016-2017 ont été effectuées selon les paramètres convenus avec le MSSS et l'établissement en respectant les délais fixés. Les mesures nécessaires ont été prises et mises en place afin de respecter le financement autorisé pour l'année 2016-2017, et ce, sans affecter les services à la population. L'établissement a assumé la gestion des subventions aux organismes communautaires, en conformité avec les attentes ministérielles.

Le financement octroyé par le MSSS a été administré dans le respect des programmes et services établis en s'assurant de protéger les budgets destinés à offrir des services à la clientèle vulnérable. Aucune permutation de ces budgets ou autorisation à cet effet n'a été demandée aux autorités ministérielles.

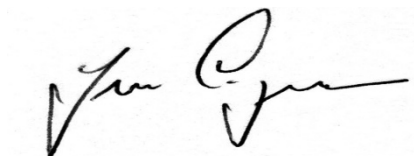
Le CISSS de Laval a effectué la planification des ressources humaines de l'établissement et a priorisé le remplacement des ressources en stabilité et sécurité d'emploi.

L'établissement a mis en œuvre, conformément à la Loi et aux orientations fixées en la matière par le Ministre, l'intégration des services au sein de l'établissement afin de simplifier et d'améliorer l'accès aux services pour le citoyen. Au même titre que les autres établissements du réseau, le CISSS de Laval a participé et collaboré activement aux travaux entourant les trois objets prioritaires (soutien à domicile, accès aux soins et services sociaux de première ligne et leur intégration à proximité et l'accès aux médecins spécialistes), ainsi qu'aux grands projets ministériels soit l'optimisation des services de biologie médicale (OPTILAB), l'unification des systèmes d'information et le financement axé sur le patient.

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier l'ensemble des gestionnaires, employés, médecins et bénévoles pour leur travail acharné et dévoué, le soutien indéfectible et la confiance qu'ils nous ont témoignée au cours de cette dernière année de transformation. Enfin, nous désirons remercier toutes les fondations pour leur grande générosité et les efforts déployés pour soutenir les besoins des usagers du CISSS de Laval.

Le président du conseil d'administration,



Yves Carignan

La présidente-directrice générale,



Caroline Barbir, M.Sc., Adm. A., CHE, ASC

PRIX ET DISTINCTIONS

Au cours de la dernière année, le CISSS de Laval s'est illustré en remportant plusieurs grands honneurs. Voici donc ces différentes distinctions :

Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux

Lors de la remise des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, qui se déroulait le jeudi 2 juin 2016, le *Protocole d'application des mesures de contrôle à domicile* du CISSS de Laval a été récipiendaire du Prix d'excellence dans la catégorie « Sécurité des soins et des services ». Ce protocole, unique au Québec, a été mis en place par l'équipe en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP). Il est cité en exemple et reconnu comme une pratique exemplaire novatrice par Agrément Canada.

Prix Hippocrate

Le *Prix Hippocrate 2016* décerné par la revue *Le Patient* a été attribué à l'équipe du Centre intégré de cancérologie de Laval (CICL) pour l'informatisation et la standardisation des plans de soins. Le prix a été remis le 15 septembre 2016 en présence du ministre Gaétan Barrette. Le CICL est le premier au Québec à utiliser des plans de soins informatisés pour gérer tout le continuum de soins de l'oncologie et de la radio-oncologie. Cette standardisation et informatisation des plans de soins permet d'assurer la qualité, de réduire les risques d'erreur, d'avoir une meilleure coordination et continuité de soins et de mesurer les résultats. Les patients du CICL sont dorénavant au centre d'un parcours harmonieux qui découle d'une culture d'amélioration continue de la qualité. Cette approche est la pierre angulaire du modèle de soins unique du CICL.

Prix d'excellence axé sur le client de Chefs Paramédics du Canada - Partenariat en service pré hospitalier

Le projet-pilote de coordination entre Urgences-santé et Info-Santé de Laval *Le bon usager à la bonne place pour de meilleurs soins – Un partenariat pour réduire les transports non nécessaires vers la salle d'urgence* a mérité le prix d'excellence axé sur le client de l'Association des Chefs Paramédics du Canada. Ce prix a été remis lors du gala de leur Congrès annuel en Saskatchewan le 1^{er} juin 2016.

Prix de cancérologie 2016

Le Département de radio-oncologie a reçu deux Prix de cancérologie 2016, le 18 novembre 2016 dans la catégorie « Organisation des services ». Le premier pour le projet *Contrôle de dossier électronique en radiothérapie : un gain de qualité, sécurité et performance* et le deuxième pour le *Projet-P4, une gestion plus agile et efficiente du flux des activités*. Ces projets avaient pour but l'implantation d'une nouvelle stratégie pour la planification des rendez-vous de la clientèle avec une priorité de traitements, afin d'améliorer la planification et la coordination des activités cliniques et ainsi maximiser l'utilisation des ressources. La Direction générale de cancérologie a également reconnu le *Colloque de cancérologie des 3L : « Une journée de formation et de réseautage à l'intention des professionnels de première ligne et des équipes de cancérologie »* en tant que pratique exemplaire. Les lauréats de ce troisième Prix de cancérologie 2016 sont les cogestionnaires clinico-administratifs et médicaux de la région de Laval, Lanaudière et Laurentides.

Gala de l'innovation TELUS

Le 23 février 2017, lors du Gala de l'innovation TELUS Santé dans le cadre du Congrès des services de première ligne 2017 de l'Association des cliniques médicales du Québec, le Département régional de médecine générale (DRMG) de Laval et le CISSS de Laval recevaient un prix décerné pour leur projet *Accès adapté* dans la catégorie « Innovation et optimisation d'une technologie existante ». Le projet développé à l'échelle régionale est unique au Québec. Il a permis, à ce jour, l'adhésion de plus de 65 % des médecins travaillant en GMF à l'accès adapté, dépassant de beaucoup les objectifs initiaux de deux médecins par GMF. L'accès adapté implique une accessibilité médicale qui répond aux besoins des patients en temps réel, en offrant des rendez-vous de suivi en deçà de deux à trois semaines et des rendez-vous d'urgence à l'intérieur de 24 heures.

Programme Distinction – Services aux victimes d'AVC d'Agrément Canada

Le programme Distinction - Services aux victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) d'Agrément Canada reconnaît les établissements qui font preuve d'excellence sur le plan clinique et d'un engagement exceptionnel à l'égard du leadership en matière de soins aux victimes d'AVC. En février 2016, la Direction des programmes DI-TSA et DP a soumis une demande de reconnaissance à ce programme de distinction pour le volet des services de réadaptation de l'Hôpital juif de réadaptation. La visite menée par deux évaluateurs experts en décembre 2016 fut un grand succès. Le volet des services de réadaptation de l'Hôpital juif de réadaptation a obtenu un taux de conformité de 97,14 %.

Programme FORCES/EXTRA

Une équipe du CISSS de Laval, composée de mesdames Marina Larue, directrice des soins infirmiers, Isabelle Legault, adjointe à la présidente-directrice générale adjointe, et la Dre Ève Riopel, directrice adjointe médicale, Direction des services professionnels, a été sélectionnée pour participer au programme FORCES/EXTRA de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). À travers la réalisation d'un projet d'amélioration continue, ce programme vise à renforcer la capacité des cadres supérieurs du réseau de la santé à réaliser des changements, basés sur les données probantes les plus récentes. Le projet d'implantation et de pérennisation de la pratique des niveaux de soins des trois boursières lavalloises du programme suscite un engouement certain et profite d'un rayonnement pancanadien.

Prix Florence de l'OIIQ

Madame Maryse Carignan, conseillère clinique à la Direction des soins infirmiers, est la lauréate du prestigieux prix Florence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, catégorie « Excellence des soins », pour l'année 2017. Ce prix souligne sa contribution exceptionnelle à la qualité des soins par l'excellence de sa pratique.

TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DES AUTORITÉS	3
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ	14
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	15
Mission	15
Rôles et responsabilités	15
Affiliation universitaire	16
Vocation suprarégionale	16
Structure organisationnelle au 31 mars 2017	17
Conseils et comités	18
- Conseil d'administration	18
- Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	18
- Comité de vérification	18
- Comité de vigilance et de la qualité	19
- Comité de gouvernance et d'éthique	19
- Comité de révision	19
- Comité des ressources humaines	19
- Comité d'évaluation des mesures disciplinaires	19
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	20
- Conseil des infirmières et des infirmiers (CII)	20
- Conseil multidisciplinaire (CM)	21
- Comité des usagers du centre intégré (CUCI)	22
4. FAITS SAILLANTS	24
5. ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	36
6. GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	51
Sécurité des soins et services	52
Déclaration et divulgation des incidents/accidents	52
Recommandations du coroner	52
Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en hébergement	52
Certification des résidences privées pour aînés	53
Visites d'inspection des ordres professionnels	53
Comité de gestion des risques	54
Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)	57
Mise sous garde	60
Partenariat de soins et services (PSS) avec les usagers	62
Communications	63
Évaluation de la satisfaction	63

7. SOINS DE FIN DE VIE.....	64
8. RESSOURCES HUMAINES.....	65
9. RESSOURCES FINANCIÈRES.....	68
Rapport de la direction	68
Rapport de l’auditeur indépendant sur les états financiers résumés	68
Résultats financiers.....	71
Détail des donations faites en 2016-2017 à l'établissement à des fins particulières.....	79
10. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	101
ANNEXE : CODE D’ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	108

Liste des sigles et des acronymes

AC	Agrément Canada
AVC	Accident vasculaire cérébral
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CICL	Centre intégré de cancérologie de Laval
CII	Conseil des infirmiers et infirmières
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CJL	Centre jeunesse de Laval
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CQA	Conseil québécois d'Agrément
CR	Comité des résidents
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CU	Comité des usagers
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
DCI	Dossier clinique informatisé
DGA	Directrice générale adjointe
DI	Déficience intellectuelle
DI-TSA et DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et dépendance physique
DME	Dossier médical électronique
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSQ	Dossier Santé Québec
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
ÉRUC	Équipe de recherche de l'urgence de la Cité
ETC	Équivalent temps complet
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
GAMF	Guichet d'accès aux médecins de famille
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille - Universitaire

HJR	Hôpital juif de réadaptation
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires
IPS-SPL	Infirmière praticienne spécialisée de soins de première ligne
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LGCE	Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs
LLL	Lanaudière, Laurentides et Laval
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatifs
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPTILAB	Opération provinciale d'optimisation des laboratoires de biologie médicale
PAR	Plan d'action régional
PDG	Présidente-directrice générale
PDGA	Présidente-directrice générale adjointe
PIILE	Programme d'interventions intégrées lavallois pour les enfants
PIL-SM	Protocole d'intervention lavallois en santé mentale
PIN	Programme d'intervention en négligence
PNSC	Plan national de sécurité civile
RPA	Résidences privées pour aînés
RPCU	Regroupement provincial des comités des usagers
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPIN	Surveillance provinciale des infections nosocomiales
TED	Troubles envahissants du développement
TEP	Tomographe à émission de positrons
TI	Technologie de l'information
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UMF	Unité de médecine familiale
USI	Unités de soins intensifs

2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ

À titre de présidente-directrice générale, 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 2016-2017 du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval :

- 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 2017.

La présidente-directrice générale,



Caroline Barbir, M.Sc., Adm. A., CHE, ASC

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

La création du CISSS de Laval découle de l'adoption, en février 2015, de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Cette loi vise à favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population, en plus de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à accroître l'efficience et l'efficacité du réseau.

L'établissement offre des services sur l'ensemble du territoire de Laval. Il a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population, y compris le volet santé publique.

Le siège social est situé à l'adresse suivante :

Hôpital de la Cité-de-la-Santé
1755, boulevard René-Laennec
Laval (Québec) H7M 3L9

Mission

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique.

Rôles et responsabilités

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de Laval l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et en déterminer les mécanismes de coordination;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS, en fonction de ses attentes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de Laval, notamment des clientèles les plus vulnérables;
- Assurer la gestion d'un accès simplifié aux services;
- Établir des ententes, selon des modalités précisant les responsabilités réciproques et complémentaires de chacun, avec les partenaires du réseau territorial de services, comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies, les autres ressources privées ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau. Intégrer les réseaux locaux de services établis au profit du réseau territorial de services.

Affiliation universitaire

Le CISSS de Laval détient des contrats d'affiliation avec l'Université de Montréal et l'Université McGill. La mission d'enseignement et de recherche est coordonnée par la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche en collaboration avec les directions de l'établissement. Cette nouvelle gouverne traduit la volonté du CISSS de Laval d'offrir une formation de qualité à notre future relève de médecins et de professionnels de la santé en se dotant d'une structure de gestion des stages pour soutenir les activités d'enseignement dans toutes les installations du CISSS. Elle reflète également une intégration de la recherche et de l'enseignement dans une perspective de transfert des connaissances. Notons qu'en 2016-2017, le CISSS de Laval a accueilli 377 étudiants en médecine, dont 45 résidents dans ses deux unités de médecine familiale (UMF). Nous avons également accueillis 392 étudiants en sciences infirmières, 165 en sciences de la santé, 5 en éthique clinique et 123 au département de pharmacie.

En ce qui a trait à la recherche, soulignons le dépôt du plan de développement 2017-2021 du centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR), dont les chercheurs ont notamment déployé 25 nouveaux projets dans les installations de l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) en 2016-2017 pour un total de 98 projets de recherche en cours. La recherche en première ligne continue de faire sa marque, notamment avec l'implantation d'une première pratique de pointe, *Discutons santé* dans ses deux GMF-U et bientôt dans l'ensemble des GMF de Laval. Par ailleurs, nous comptons également sept nouveaux projets en oncologie, quatre en cardiologie et un en urgence avec l'Équipe de recherche de l'urgence de la Cité (ÉRUC). Mentionnons que le CISSS de Laval, incluant HJR, a autorisé 74 nouveaux projets de recherche en 2016-2017, pour un grand total de 222 projets de recherche en cours. L'assemblée de la recherche tenue en décembre 2016 avait pour objet le partage des connaissances et de nombreuses propositions ont été retenues afin d'assurer des retombées de la recherche pour la pratique, les usagers et la population. Aussi, au cours de l'année à venir, nous aurons comme objectifs de concrétiser ces propositions afin de tisser un lien concret entre le développement des connaissances et la pratique.

Vocation suprarégionale

Le CISSS de Laval étend sa responsabilité populationnelle au-delà du territoire pour lequel il est désigné, notamment pour le service de radiothérapie et le volet de l'hébergement jeunesse. Ce dernier a un mandat suprarégional, à la suite d'ententes inter CISSS et CIUSSS; ainsi 108 places sont réservées aux jeunes de Montréal.

L'Hôpital juif de réadaptation exerce un mandat suprarégional pour les services de réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne (lits d'hospitalisation) qu'il offre aux usagers ayant un trauma crânio-cérébral modéré ou grave qui résident dans les régions de Lanaudière et des Laurentides. Une fois que leur séjour à Laval est terminé, ces usagers sont transférés au centre de réadaptation de leur région afin de poursuivre leur réadaptation en externe.

À la vocation suprarégionale en radio-oncologie s'est ajoutée, en 2016-2017, une nouvelle entente de service permettant au CISSS de Laval de desservir la clientèle des Laurentides et du sud de Lanaudière nécessitant un tomographe par émission de positrons (TEP scan), examen de médecine nucléaire.

Conseils et comités

Conseil d'administration

Membres désignés

- Dr Jacques Blais - Département régional de médecine générale (DRMG)
- M^{me} Nathalie Gadbois - Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- M^{me} Claire Pagé - Comité des usagers (CU)
- M. Jean-François Payette - Conseil multidisciplinaire (CM)
- D^{re} Martine Raymond - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- M^{me} Hélène Trudel - Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

PDG du CISSS de Laval

- M^{me} Caroline Barbir, secrétaire

Membres indépendants nommés par le ministre

- M. Yves Carignan - Président - Expertise en santé mentale
- M. Jean-Claude Beaudry - Compétence en gestion des risques, finances et comptabilité
- M. Jean Bélanger - Expertise en réadaptation
- M^{me} Françoise Charbonneau - Milieu de l'enseignement
- M^{me} Anna Derda - Expérience vécue à titre d'usagère des services sociaux
- M^{me} Marie-Hélène Desrosiers - Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- M. Jean Laliberté - Compétence en gouvernance ou éthique – Comité sur les services de santé et services sociaux en langue anglaise
- M^{me} Grazia Maion - Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- M^{me} Kathleen Smyth-Gagnon - Expertise dans les organismes communautaires
- M. Guy Villeneuve - Expertise en protection de la jeunesse

Membre observateur

- M. Louis Gaudreau - Fondation

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Au cours de la dernière année, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été porté à l'attention du conseil d'administration. Aucune sanction n'a été imposée par le conseil d'administration à l'égard d'un membre.

Le code se trouve à l'annexe du présent rapport annuel de gestion. Il est accessible au public via le site Web de l'établissement à l'adresse suivante : www.lavalensante.com.

Comité de vérification

- M^{me} Françoise Charbonneau, présidente
- M. Jean-Claude Beaudry
- M. Yves Carignan
- M^{me} Marie-Hélène Desrosiers
- M^{me} Kathleen Smyth-Gagnon

Comité de vigilance et de la qualité

- M. Guy Villeneuve, président
- M^{me} Caroline Barbir
- M^e Hélène Bousquet
- M^{me} Marie-Hélène Desrosiers
- M^{me} Claire Pagé

Comité de gouvernance et d'éthique

- M. Jean Bélanger, président
- M. Jean-Claude Beaudry
- M. Yves Carignan
- M^{me} Françoise Charbonneau
- D^{re} Martine Raymond

Comité de révision

- M^{me} Marie-Hélène Desrosiers, présidente
- D^r Serge Legault
- D^{re} Lynne Nadeau
- D^{re} Claire Gamache (substitut)

Comité des ressources humaines

- M. Jean Laliberté, président
- M. Jean Bélanger
- M^{me} Nathalie Gadbois
- M^{me} Grazia Maion
- M^{me} Hélène Trudel

Comité d'évaluation des mesures disciplinaires

- M. Jean-Claude Beaudry, président
- M^{me} Françoise Charbonneau
- M. Jean Laliberté
- M^{me} Grazia Maion
- M^{me} Kathleen Smyth-Gagnon

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le CMDP compte 582 membres actifs.

Membres du comité exécutif :

- Dr Nicolas Raymond, président (hémato-oncologue)
- Dr Patrick Montpetit, vice-président (chirurgien général)
- Dre Sonya Sagredo, trésorière (radiologiste)
- Dre Dominique Thériault, secrétaire (gynécologue-obstétricienne)
- Dr Dominic Beaulieu, conseiller (urgentologue)
- Mme Karin Gauthier, conseillère (pharmacienne)
- Dre Lynne Nadeau, conseillère (médecin de famille)
- Dre Hélène Watts, conseillère/représentante CLSC-CHSLD (médecin de famille, CLSC du Marigot)
- Vacant - Conseiller/Représentant Hôpital juif de réadaptation
- Mme Josée Martineau, présidente sortante (pharmacienne)
- Mme Caroline Barbir, présidente-directrice générale du CISSS de Laval
- Dre Lucie Opatrny, directrice des services professionnels (médecin-médecine interne)

Conseil des infirmières et des infirmiers (CII)

Le CII du CISSS de Laval est constitué de 1 733 infirmières et de 265 infirmières auxiliaires.

Membres du comité exécutif :

Infirmières élues :

- Mme Julie Rodrigue, présidente (Direction des soins infirmiers)
- Mme Nicole Dufresne, vice-présidente et présidente par intérim (Direction programmes déficiences)
- Mme Sabrina Lavoie, trésorière (Direction des services professionnels)
- Mme Lyne Dugas (Direction programme santé mentale et dépendance)
- Mme Julie Huard (Directions de soutien)
- Mme Hélène Trudel (Direction programme jeunesse)
- Mme Nancy Vachon (Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées)

Infirmières cooptées :

- Mme Julie Proulx (Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées)
- Mme Miriam Tessier (infirmière praticienne spécialisée)
- Mme Nadia Tomaselli (représentante de la Direction programmes déficiences)

Membres d'office :

- Mme Caroline Barbir, présidente-directrice générale
- Mme Mélissa Fournier, membre désignée du Conseil des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA)
- Mme Marina Larue, directrice des soins infirmiers
- Mme Carole Mongeau, présidente du CIIA

Invités permanents :

- M. Mohammed Abbad, représentant du programme universitaire de sciences infirmières
- Mme Isabelle Gauthier, représentante des collègues d'enseignement général et professionnel
- Mme Nathalie Langlois, représentante des centres de formation professionnelle

Membre observateur :

- Mme Bervely-Naïta Méus, représentante du comité relève infirmière (CRI)

Conseil multidisciplinaire (CM)

Le CM du CISSS de Laval compte 2 500 membres, répartis dans 56 titres professionnels différents. Les professionnels et techniciens du CM œuvrent au sein des 32 différentes installations du CISSS de Laval.

Membres du comité exécutif :

- M^{me} Carole Ducharme, présidente de l'exécutif transitoire du CM et trésorière (thérapeute en réadaptation physique, Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées)
- M. Jean-François Payette, vice-président et représentant du CM au conseil d'administration (travailleur social, chef de service équipe évaluation-orientation, Programme jeunesse)
- M^{me} Sarah Bouffard, agente de communication (spécialiste en activités cliniques, Programme jeunesse)
- M^{me} Sabrina Laviolette, secrétaire de l'exécutif (technicienne en diététique, Logistique)
- M^{me} Karine Guérin, responsable des comités de pairs (thérapeute en réadaptation physique, Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées)
- M^{me} Franca Coscia (physiothérapeute, spécialiste en activités cliniques, Programme DI-TSA et DP)
- M^{me} Meryem El Hanachi (éducatrice, Programme jeunesse)
- M^{me} Maude Fréchette (travailleuse sociale, Programme DI-TSA et DP)
- M^{me} Marilyne Paquin (orthophoniste, Programme DI-TSA et DP)
- M^{me} Rose-Nerla Rivière (technologue en médecine nucléaire, Services multidisciplinaires)
- M^{me} Léontina Talmaceanu (travailleuse sociale, Programme santé mentale et dépendance)
- M^{me} Caroline Barbir, présidente-directrice générale
- M^{me} Sylvie Bourassa, directrice générale adjointe et directrice des services multidisciplinaires
- M. Benoît Tétreault, directeur des services multidisciplinaires adjoint
- M^{me} Manon Boulanger, agente administrative du Conseil multidisciplinaire

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Lors de sa deuxième année d'implantation, le CUCI a tenu huit séances.

De plus, deux assemblées des présidents des comités des usagers et de résidents ont eu lieu afin de procéder à des élections de représentants parmi les collèges électoraux des comités des usagers et comités de résidents et transmettre de l'information sur le processus financier et les directives découlant de la circulaire ministérielle sur le budget des comités des usagers.

Élections des représentants

Considérant l'adoption des nouvelles règles de fonctionnement du CUCI établissant les nombre de représentants au sein du CUCI à onze personnes et à un organisme partenaire, deux postes ont été comblés dans le collège électoral des comités des résidents et un poste a été comblé dans le collège électoral des comités des usagers ainsi qu'un poste pour un organisme partenaire complémentaire aux services du réseau des services de santé et des services sociaux.

Représentations à des comités internes

Tel que le prévoit les directives et les attentes ministérielles, dans le cadre de sa fonction de représentation, des membres du CUCI sont désignés pour siéger sur divers comités du CISSS de Laval. Outre la présence d'un représentant au sein du conseil d'administration du CISSS de Laval et au comité de vigilance et de la qualité, des membres ont été désignés pour siéger au comité de gestion des risques et de la qualité et à des comités de sélection de cadres au cours de l'année.

Consultation des membres du CUCI par les instances du CISSS de Laval

Lors des séances régulières du CUCI, les membres ont été consultés sur plusieurs grands projets de l'établissement et sur des orientations stratégiques du CISSS de Laval, les priorités organisationnelles, les valeurs de l'établissement, le projet sur les niveaux de soins, un sondage sur l'hygiène des mains et, enfin, sur la politique sur le stationnement.

Activités au cours de l'année 2016-2017

Le CUCI a élaboré et adopté plusieurs documents de référence.

Il s'est doté d'un plan d'action 2016-2017 prévoyant une tournée des installations ainsi que des comités de résidents et comités des usagers des quatre établissements fusionnés.

Le comité a coordonné des projets spéciaux tels que la production d'une vidéo sur les droits des usagers et le rôle des comités des usagers et de résidents ainsi que du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et la production d'un deuxième volet sur l'expérience usager ayant une déficience intellectuelle et sa famille.

Le CUCI a participé à une rencontre nationale des représentants de tous les CUCI du Québec avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, dans le cadre d'une journée organisée par le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).

Les membres du CUCI ont travaillé à la mise en œuvre des différentes fonctions relevant de ce comité. La préoccupation de la concertation et de la coordination avec les CU et CR en place est omniprésente. Les membres du CUCI s'inscrivent en continuité avec le travail qu'exerce actuellement l'ensemble des comités d'usagers et de résidents de l'établissement.

Dans sa fonction de coordination, le CUCI a amorcé une mise en commun des stratégies de communication et des activités de promotion des intérêts des usagers des divers comités lors de la Semaine des droits des usagers. Le CUCI veut faire de la promotion des droits des usagers une de ses priorités de travail en 2017-2018.

Membres du CUCI :

- M^{me} Claire Pagé, présidente, membre du CU CJL, représentante du CU, centre jeunesse de Laval
- M^{me} Mélanie Bastien-Ouimet, vice-présidente, membre CU CRDITEDL, représentante du CU CRDITED de Laval
- À combler, représentant du CU, Centre jeunesse de Laval/CRDL
- M. Michel Morel, membre du CU CSSS, représentant du CU, CSSS de Laval
- M. Jean-Claude Chapleau, CU HJR, représentant du CU, Hôpital juif de réadaptation
- M^{me} Mariette Malenfant, membre CU HJR, représentante du CU, Hôpital juif de réadaptation
- M^{me} Lucie Fortin, membre du CR CHSLD Fernand-Larocque, représentante du CR de CHSLD/CSSS de Laval
- M^{me} Huguette Dubé, membre CR CHSLD de Sainte-Dorothée, représentante du CR de CHSLD/CSSS de Laval
- M. Pierre Hamelin, secrétaire-trésorier, membre CR CHSLD Lapinière, représentant du CR de CHSLD/CSSS de Laval
- M. Yves Debien, membre du CR CHSLD Idola-Saint-Jean, représentant du CR
- M^{me} Jeannine Vachon-Dionne, membre du CR CHSLD Rose-de-Lima, représentante du CR
- M^{me} Gina Bergeron, CILL, représentante de l'organisme partenaire

4. FAITS SAILLANTS

Les faits saillants sont présentés selon les orientations, les axes et la numérotation des objectifs du Plan stratégique du ministère de la Santé et de Services sociaux 2015-2020.

ORIENTATION : FAVORISER LES SAINES HABITUDES DE VIE ET LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2016-2020

La planification et l'organisation des services de santé publique sont un chantier important dans le cadre de la réorganisation du CISSS.

En septembre 2016, le conseil d'administration a adopté le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 du CISSS de Laval. Ce dernier prévoit cinq axes d'intervention soit : la surveillance de l'état de santé et de ses déterminants, le développement global des enfants et des jeunes, l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires, la prévention des maladies infectieuses, la gestion des risques et des menaces à la santé et la préparation aux urgences sanitaires.

De concert avec la Ville de Laval, un vaste processus de consultation et de mobilisation de tous les acteurs de la communauté a été entrepris afin de doter la région d'une politique de développement social.

Enfin, la nouvelle répartition régionale des budgets en santé au travail a permis un développement budgétaire significatif pour la région. Ceci s'est traduit par l'ajout de nouvelles ressources pour l'équipe de santé au travail et permettra d'augmenter l'offre de service auprès des entreprises lavalloises.

AXE ♦ HABITUDES DE VIE

1. Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie afin de prévenir les maladies chroniques et le cancer

En ce qui concerne l'activité physique chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans, le CISSS de Laval, conjointement avec différents partenaires, a mis en place des mesures afin de promouvoir la pratique d'un mode de vie physiquement actif, notamment par des programmes visant l'animation de la cour d'école, l'élaboration de plans de déplacement actif autour des écoles, de même que la mise en disponibilité d'équipements sportifs et l'animation dans certains parcs municipaux. Actuellement, environ la moitié des jeunes du secondaire sont considérés comme actifs ou moyennement actifs. Le CISSS poursuit ses efforts avec les partenaires institutionnels (commissions scolaires, municipalité, organismes philanthropiques) et communautaires. Dans ce contexte, il coordonne avec la Ville de Laval les travaux de la Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie et la mise en œuvre de son plan d'action.

Au niveau de la consommation des fruits et légumes, plusieurs efforts sont orientés sur des mesures visant la sécurité alimentaire. Actuellement, plus de la moitié des Lavallois âgés de 12 ans et plus consomment au moins 5 portions de fruits et de légumes au quotidien. Afin de renverser cette situation, des services d'accompagnement et d'aide à la mise en place des cuisines collectives et au démarrage d'un potager sont offerts à la population lavalloise. Des programmes qui visent les changements d'environnement dans les milieux de vie des Lavallois, comme le programme 0-5-30, Combinaison-Prévention dans les milieux de travail et EntourÂge dans les résidences pour les personnes âgées, sont déployés afin d'amener des changements durables au sein de la population.

En dernier lieu, le CISSS poursuit ses efforts dans l'adaptation des services de cessation tabagique offerts à la population en diversifiant les points de service et en intégrant l'offre de cessation en milieu de travail et dans les milieux de vie. En dépit de ces efforts, la proportion de fumeurs sur le territoire est stable depuis plusieurs années soit près de 22 %, à savoir 15,4 % de fumeurs réguliers et 6,5 % de fumeurs occasionnels. Par ailleurs, des activités de promotion-prévention, comme l'Opération Fais-toi entendre, la Gang allumée et le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau, sont déployés dans le milieu scolaire. Ces moyens reconnus efficaces contribuent à la faible prévalence du tabagisme chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans, qui se situe à 10,1 % alors que la cible ministérielle est fixée à 16 %.

AXE ♦ PRÉVENTION DES INFECTIONS

2. Accroître la vaccination grippale chez les malades chroniques

La Direction de santé publique du CISSS de Laval a coordonné le comité de travail de la promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière auprès des malades chroniques en produisant et diffusant divers outils au début de la campagne de vaccination 2016-2017. Elle a poursuivi le projet « Papillon », en collaboration avec les médecins et infirmières du Centre de services ambulatoires. Ce projet a pour objectif de promouvoir la vaccination auprès des personnes adultes et aux enfants ayant une maladie chronique.

3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

La Direction de santé publique a poursuivi la surveillance, la vigie, les enquêtes épidémiologiques et les interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires (IPPAP), compte tenu de l'épidémie silencieuse qui sévit à Laval comme dans l'ensemble du Québec.

D'autres actions en prévention dans ce domaine ont aussi été réalisées, notamment le dépistage, la vaccination et la distribution du matériel de prévention et de protection auprès de populations vulnérables. Le déploiement des cliniques jeunesse à Laval s'est poursuivi, ce qui a favorisé la prévention des ITSS auprès des jeunes.

ORIENTATION : OFFRIR DES SERVICES ET DES SOINS ACCESSIBLES, INTÉGRÉS ET DE QUALITÉ AU BÉNÉFICE DES USAGERS

AXE ♦ PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE

5. Améliorer l'accès aux soins et aux services de première ligne

Allez mieux à ma façon

La Direction du programme santé mentale et dépendance offre, depuis le printemps 2016, une nouvelle modalité de service. Soucieux d'améliorer la hiérarchisation des services et de diversifier les façons de soutenir les Lavallois aux prises avec des problèmes de santé mentale, elle propose maintenant un service de soutien téléphonique basé sur un outil d'autogestion de soins, développé par le laboratoire de recherche Vitalité de l'Université du Québec à Montréal. Ainsi, très rapidement, dès leur demande de services, les usagers peuvent recevoir un soutien pour les accompagner à déployer des moyens simples et accessibles pour favoriser leur rétablissement. Parfois, cette offre de service s'avère suffisante pour améliorer leur situation, alors que pour un certain nombre, un service d'une plus grande intensité est ensuite offert. À noter qu'un patient-partenaire a été impliqué à toutes les étapes du développement de l'outil et de l'offre de service. Cette contribution a été des plus aidante à plusieurs égards tout au long du projet.

Inscription de la population auprès d'un médecin de famille

Tout au long de l'année, il y a eu travail concerté entre le Département régional de médecine générale (DRMG), les médecins de famille et leur équipe en GMF ainsi que l'équipe régionale du Guichet d'accès aux médecins de famille (GAMF) qui coordonne l'attribution de clientèles en attente d'un médecin aux équipes médicales de la région. Parmi les différentes mesures mises en place, notons l'établissement de cibles personnelles d'inscriptions aux médecins lavallois, la bonification continue de la pratique médicale de première ligne en accès adapté et l'augmentation du nombre de médecins inscripteurs. Ainsi, durant la période du 1^{er} avril 2016 au 1^{er} avril 2017, 23 539 Lavallois ont été inscrits auprès d'un médecin de famille de la région, ce qui a haussé le taux d'inscriptions général de 67,1 à 72,4 %. Ces efforts considérables se maintiendront afin de poursuivre cette augmentation du nombre de patients inscrits auprès d'un médecin de famille et d'améliorer l'accès à son médecin de famille.

Info-social/Consultation téléphonique psychosociale 24/7

Depuis l'automne 2015, les Lavallois peuvent composer le 8-1-1 pour avoir un accès direct et confidentiel, en tout temps, à une consultation par des professionnels en intervention psychosociale du CISSS. Info-social répond également aux urgences, faisant appel aux différents services d'intervention de crise dans le milieu (ex. : Accès-cible, Urgence Jeunesse, etc.). Constituant une porte d'entrée supplémentaire pour la clientèle, Info-social contribue à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts par l'établissement. Pour cette première année complète, ce sont 16 644 appels qui ont été répondu dont 76,24 % dans un délai n'excédant pas quatre minutes. Une augmentation du volume d'appels est prévue pour la prochaine année.

Cheminement de la clientèle amélioré

Un projet majeur a été entrepris pour améliorer le cheminement de la clientèle à travers le CISSS de Laval. Plusieurs initiatives ont été mises en place et ont entraîné des gains à valeur ajoutée pour les usagers, dont une meilleure planification des congés et des transferts vers des milieux adaptés à leurs besoins.

Le nombre d'usagers ayant un niveau de soins alternatifs (NSA) et occupant des lits de courte durée à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé a diminué de près de 70 % au cours des six derniers mois de l'année 2016-2017. Tout a été mis en place afin que les usagers puissent être dirigés vers la ressource la plus appropriée à sa condition.

Les personnes qui se sont présentées à l'urgence, dont le cas a été évalué prioritaire mais non-urgent, ont été redirigées vers certaines cliniques médicales du territoire lavallois afin d'obtenir une réponse plus rapide à leurs besoins.

De plus, des professionnels en soutien à domicile se sont intégrés à l'équipe de l'urgence afin de repérer les personnes âgées de 75 ans et plus pour leur éviter des séjours prolongés à l'urgence en évaluant les solutions appropriées.

L'ensemble de ces mesures a favorisé l'accessibilité et la prise en charge médicale à l'urgence.

Réduire le temps d'attente à l'urgence

Des efforts considérables ont été déployés par l'ensemble des directions pour améliorer la trajectoire du patient et diminuer les délais d'attente à l'urgence. La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence a atteint 17,55 heures au 31 mars 2017. Une révision de processus a permis d'améliorer significativement le délai de prise en charge médicale des patients sur civière passant de 3,04 heures en 2016-2017 comparativement à 3,22 heures en 2015-2016.

Par ailleurs, la mise en place d'un système de gestion des déplacements en brancarderie contribue également à l'amélioration des délais.

Prescription infirmière

Le déploiement de la prescription infirmière est une réussite. Le CISSS de Laval compte 202 infirmières prescriptrices au 31 mars 2017, soit un taux de 11,1 %, qui correspond au taux le plus élevé des CISSS au Québec.

Le règlement qui permet la prescription infirmière est entré en vigueur le 11 janvier 2016. Il permet aux infirmières de prescrire des médicaments, des analyses ou des produits dans certaines situations cliniques, principalement dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants. L'infirmière ayant obtenu son attestation est autorisée à prescrire et peut ainsi mieux répondre aux besoins du patient, notamment en soins de proximité.

AXE ♦ SERVICES SPÉCIALISÉS

6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Afin d'assurer une gestion optimale de l'accès aux services spécialisés, le CISSS de Laval a nommé des responsables de la gestion de l'accès et mis en place, sous la responsabilité de la Direction générale adjointe, un comité de coordination de l'accès. Ce comité suit de façon très rigoureuse les délais d'attente en chirurgie, en imagerie médicale, en endoscopie, en oncologie et en consultations spécialisées. Voici les réalisations les plus importantes de l'année :

Délais d'attente en chirurgie

La clientèle nécessitant une chirurgie a été opérée à l'intérieur d'un délai d'un an, et 94 % de celle-ci a attendu moins de six mois.

En ce qui concerne la clientèle en attente d'une chirurgie oncologique, 98 % a été opérée à l'intérieur du délai prescrit de 56 jours et 70 % de ces clients ont attendu moins de 28 jours.

Hémodialyse

En 2016, des travaux ont été réalisés dans le but d'agrandir et de rénover le service d'hémodialyse pour pouvoir ajouter 14 stations, permettant à la clientèle lavalloise de recevoir des traitements dans sa région et de rapatrier les patients lavallois traiter à l'extérieur de la région. Les stations d'hémodialyse sont offertes prioritairement à la clientèle lavalloise, suivie par l'équipe du CISSS de Laval, présentant une détérioration de l'insuffisance rénale nécessitant de débiter l'hémodialyse.

Imagerie médicale

Au cours de la dernière année, 216 940 examens d'imagerie médicale ont été réalisés soit 11 770 de plus que l'année passée. Afin de faire face à une augmentation de 6 % de la demande et d'assurer une continuité de service, le service d'imagerie médicale a procédé au remplacement de la salle de radio-fluoroscopie et de l'appareil de mammographie par des appareils à la fine pointe de la technologie.

Un troisième tomodensitomètre est opérationnel depuis le 18 avril 2016. L'ajout de ce nouvel appareil contribue grandement à la réduction des délais d'attente pour un certain type d'examen.

Plusieurs listes d'attente en médecine spécialisée dans les cliniques ambulatoires ont diminué et les délais sont plus courts. 1 191 personnes attendaient pour une échographie cardiaque en 2015-2016. Cette année, 339 personnes sont en attente pour ce service, dans un délai de moins de trois mois.

Endoscopie

L'augmentation des interventions en endoscopie étant une priorité ministérielle, une allocation supplémentaire a permis au CISSS de Laval d'améliorer l'accessibilité aux examens.

Le service d'endoscopie a été déménagé provisoirement pour effectuer des travaux d'agrandissement du service actuel et passer de cinq à sept salles. Ainsi, deux salles d'endoscopie digestive supplémentaires seront opérationnelles à l'automne 2017, de façon à accroître l'offre de service à la population lavalloise.

De plus, à la suite d'une autorisation ministérielle en janvier 2017, une entente de partenariat a été conclue avec la Clinique Opmedic de Laval afin de permettre aux personnes étant sur la liste d'attente d'obtenir sans frais leur examen endoscopique.

La cible d'interventions fixée par le CISSS de Laval a été atteinte pour l'année financière 2016-2017. En effet, 21 006 examens ont été réalisés comparativement à 20 725 en 2015-2016.

Accès priorisé aux services spécialisés

Le Centre de répartition des demandes de service (CRDS) pour Lanaudière, Laurentides et Laval (LLL) a débuté ses activités le 24 octobre 2016 afin de faciliter l'accès aux services spécialisés pour la population des trois régions. Il s'agit d'une porte d'entrée unique pour référer les usagers ayant besoin d'une première consultation auprès d'un médecin spécialiste, tant en clinique externe qu'en cabinet. Il facilite le travail des médecins omnipraticiens de première ligne en leur simplifiant l'accès aux services spécialisés pour l'évaluation de leurs usagers et donne aux médecins spécialistes l'assurance que la demande reçue est orientée et priorisée adéquatement. De plus, le CRDS LLL évite à l'utilisateur d'avoir à faire lui-même des démarches pour obtenir une première consultation pour un service spécialisé.

Le CISSS des Laurentides est mandataire de ce point de chute unique, il a reçu environ 30 000 requêtes pour ses 5 premiers mois d'opération. Le CRDS Lanaudière-Laurentides-Laval est le plus achalandé au Québec en volume de requêtes reçues et un des plus efficaces en nombre de rendez-vous donnés. Le CRDS LLL couvre, jusqu'à maintenant, les neuf spécialités suivantes : cardiologie, gastroentérologie, néphrologie, neurologie, ophtalmologie, orthopédie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie et urologie.

7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Plan d'action en cancérologie

Le *Plan d'action 2016-2017 en cancérologie du CISSS de Laval* a été complété et transmis au MSSS le 25 octobre 2016. Conformément aux orientations du *Plan d'action 2016-2017 de la Direction générale de cancérologie*, il vise à organiser les soins et services de cancérologie autour d'un réseau intégré et hiérarchisé, favorisant ainsi une meilleure accessibilité, une meilleure qualité ainsi qu'une utilisation optimale des ressources dans la lutte au cancer.

Articulé autour de sept grands axes, le *Plan d'action 2016-2017 en cancérologie du CISSS de Laval* vise à produire des résultats concrets, qui auront un impact positif important auprès des personnes atteintes de cancer tels que :

- la mise en place de projets d'amélioration continue en partenariat avec le patient afin de transformer notre modèle de soins et services et d'améliorer l'expérience patient;
- l'amélioration des délais d'accès en oncologie médicale à la suite d'une démarche Lean;
- l'élaboration d'un plan d'action afin d'améliorer la trajectoire de soins en cancérologie pulmonaire;

- l'actualisation d'un programme de formation interdisciplinaire à l'intention des intervenants du programme de cancérologie pour favoriser une culture de qualité;
- la collaboration avec les régions des Laurentides et de Lanaudière en regard de la formation des médecins omnipraticiens concernant la prise en charge de la clientèle suite aux traitements oncologiques.

AXE ♦ SÉCURITÉ ET PERTINENCE

8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

Le CISSS de Laval (volet hospitalier) participe à tous les programmes de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) obligatoires de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Une surveillance périodique est assurée et les germes systématiquement surveillés sont : les diarrhées à *Clostridium difficile* (DACD), les infections à l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), les infections à bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC), les bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC-USI), les bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), les bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse (BAC-HD) et les bactériémies nosocomiales panhospitalières (BACTOT). Pour l'ensemble du CISSS de Laval, il y a une surveillance active des éclosions de gastroentérite d'allure virale, du syndrome d'allure grippale (SAG) et d'*Influenza*. La surveillance du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline est une surveillance locale implantée depuis plusieurs années. Voici les résultats de l'année 2016-2017 :

Statistiques de la surveillance des infections nosocomiales au CISSS de Laval		2016-2017			2015-2016
		Hôpital de la Cité-de-la-Santé	Regroupement	Seuil ministériel	
Bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse (BAC-HD)	Taux d'incidence/ 100 patients-période	0,36	0,22 ¹		0,13
Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC-USI)	Taux d'incidence/ 1 000 jours-cathéter	0,00	0,47 ²	2,02	0,46
Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (BAC-SARM)	Taux d'incidence/ 1 000 jours-présence	0,17	0,11 ³	0,51	0,06
Bactériémies nosocomiales panhospitalières (BAC-TOT)	Taux d'incidence/ 1 000 jours-présence	3,97	4,97 ⁴		4,33

¹ Ensemble du Québec.

² Non universitaires adultes (excluant les bris de barrières muqueuses).

³ Installations non universitaires ≥ 110 lits.

⁴ Unités de soins intensifs (USI) non universitaires adultes et hors USI (excluant USI pédiatriques et néonatales).

Statistiques de la surveillance des infections nosocomiales au CISSS de Laval		2016-2017			2015-2016
		Hôpital de la Cité-de-la-Santé	Regroupement	Seuil ministériel	
Infections à bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC)	Taux d'acquisitions nosocomiales (colonisations et infections)/ 10 000 jours-présence	1,57	0,46 ⁵		0,28
	Taux d'incidence des infections nosocomiales/ 10 000 jours-présence	0,00	0,03 ⁵		0,00
Diarrhées à <i>Clostridium difficile</i> (DACD)	Taux d'incidence/ 10 000 jours-présence :	3,80	4,21 ⁶	5,70	5,00
		HJR : 0,29	1,26 ⁷		
Infections à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	Taux d'acquisitions nosocomiales (colonisations et infections)/ 10 000 jours-présence	1,15	3,30 ⁸		1,93
	Taux d'incidence des infections nosocomiales/ 10 000 jours-présence	0,00	0,05 ⁸		0,06
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	Taux d'acquisitions nosocomiales (colonisations et infections)/ 10 000 jours-présence	4,5	N/D	N/D	6,2
	Taux d'incidence des infections nosocomiales/ 10 000 jours-présence	0,2	N/D	N/D	0,2
Gastroentérite d'allure virale	Éclosions (nombre)	0			2
Syndrome d'allure grippale (SAG)/ <i>Influenza</i>	Éclosions (nombre)	7			1

⁵ Installations non universitaires.

⁶ Installations non universitaires ≥ 110 lits et proportion personnes ≥ 65 ans < 45 %.

⁷ Réadaptation.

⁸ Installations à l'extérieur de la région de Montréal/non universitaires.

Taux de conformité à l'hygiène des mains

L'équipe du service de prévention et de contrôle des infections a été très active au cours de la dernière année, elle a réalisé des audits électroniques d'hygiène des mains auprès du personnel soignant du CISSS de Laval. Plus de 5 400 observations ont été effectuées au cours de la dernière année.

	Taux global de conformité à d'hygiène des mains 2016-2017	Cible 2016-2017	Cible 2017-2018
Hôpital de la Cité-de-la-Santé	49 %	65 %	70 %
CHSLD	50 %		
Hôpital juif de réadaptation	56 %		
CISSS de Laval	49,7 %		

Ces taux de conformité à l'hygiène des mains nous permettent de constater qu'ils se situent au-dessus de ceux annoncés en mars 2016. Par contre, ceux-ci demeurent insuffisants dans l'optique d'assurer des soins sécuritaires à nos usagers et sont encore loin de l'objectif ministériel visé de 80 % pour l'année 2020. Différentes initiatives et actions ont été mises en place pour l'améliorer, dont le développement d'un programme d'audits par les pairs au sein de la Direction des soins infirmiers. Cette initiative permettra aux membres d'une même unité de soins de se mesurer et de faire un suivi en équipe de leur taux d'hygiène des mains. Il est planifié que ce programme se déploiera à d'autres équipes au cours de la prochaine année.

9. Favoriser les examens et les traitements les plus appropriés afin d'assurer la qualité des soins et d'éviter des interventions inutiles

Implanter et pérenniser la pratique des niveaux de soins

Le conseil d'administration a adopté la politique sur la pratique des niveaux de soins afin que les membres de l'organisation puissent disposer d'un outil formel permettant à un maximum d'usagers et leurs proches de bénéficier d'une discussion quant aux objectifs de soins en contexte de maladies graves et de fin de vie. Les soins qui sont médicalement appropriés seront ainsi adaptés, le mieux possible, aux volontés, aux valeurs et aux croyances des personnes.

AXE ♦ PERSONNES ÂGÉES

10. Améliorer les services de soutien à domicile

Plan d'investissement en soutien à domicile de 2,8 millions de dollars

En 2016-2017, le CISSS de Laval a poursuivi ses efforts afin d'offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers. Or, un investissement en soutien à domicile de l'ordre de 2,8 millions de dollars a été consenti pour la région de Laval. Ainsi, les sommes allouées de ce plan d'investissement permettront de favoriser le maintien de la clientèle à domicile, tout en augmentant l'intensité des services ainsi que le nombre de lavallois desservis.

11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

Places d'hébergement en CHSLD

Grâce à un investissement de 11,7 millions de dollars annoncé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le CISSS de Laval développera 224 nouvelles places d'hébergement afin de mieux répondre aux besoins.

AXE ♦ PERSONNES VULNÉRABLES

12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant le choix des personnes

Les intervenants psychosociaux de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé ont participé activement au groupe interdisciplinaire de soutien pour l'aide médicale à mourir (AMM) afin de permettre l'actualisation de cette loi au sein de l'établissement, permettant ainsi aux usagers qui rencontrent les critères de faire des choix de fin de vie dans le respect de leurs convictions. Entre le 10 décembre 2015 et le 9 décembre 2016, 8 personnes ont bénéficié de l'aide médicale à mourir (voir tableau à la page 63).

Pour ce qui est des soins palliatifs à domicile, en 2016-2017, 911 personnes ont pu en bénéficier comparativement à 700 personnes l'année précédente. En 2015-2016, 6,6 % des gens suivis sont décédés à la maison. En 2016-2017, le taux est passé à 24,4 %.

14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

Protocole d'intervention lavallois en santé mentale

En avril 2016 est né ce projet impliquant divers partenaires du système de justice et du réseau de la santé et des services sociaux. Le protocole d'intervention lavallois en santé mentale (PIL-SM), inauguré en septembre 2016, s'adresse aux individus ayant commis une infraction criminelle et qui, au moment de l'acte, présentent des indicateurs d'une problématique de santé mentale. Différentes évaluations de l'état mental se font directement à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et permettent de mieux éclairer les intervenants du système de justice. Les principaux objectifs sont de diminuer l'incarcération et les risques de détérioration de l'état mental. Cela implique une nouvelle approche de la part des intervenants qui doivent, de façon concertée, s'assurer qu'à toutes les étapes du processus judiciaire, les personnes, dont l'état mental est en cause, reçoivent des services adaptés à leur condition.

Un projet-pilote en collaboration avec le ministère de la Justice du Québec permettra la mise en place de la visiocomparution à partir de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Les prévenus qui adhèrent au PIL-SM pourront ainsi comparaître à distance, à l'aide d'un appareil de visioconférence.

Entente pour la clientèle de l'Ouest de Laval

En mars 2017, une entente de principe est intervenue entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île de Montréal et le CISSS de Laval concernant le rapatriement de la clientèle de l'Ouest de Laval recevant des services ambulatoires en santé mentale au Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. La démarche a débuté le 1^{er} avril 2017 et l'objectif est que le transfert de cette clientèle soit complété au 30 septembre 2017. Seule l'hospitalisation des Lavallois de l'Ouest continuera à être assurée par le Pavillon Albert-Prévost.

15. Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau

Au cours de la dernière année, différents projets-pilotes ont permis une réelle intégration des services de santé mentale et de dépendance. À titre d'exemple, une intervenante spécialisée en dépendance a été intégrée à une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM). Depuis la mise en place de cette équipe en décembre 2016, 35 familles ont pu bénéficier d'un suivi intensif dans leur milieu. De plus, une autre intervenante du Centre de réadaptation en dépendance de Laval agit en tant qu'intervenante pivot pour le protocole d'intervention lavallois en santé mentale (PIL-SM) destiné aux individus ayant commis une infraction criminelle. Depuis la mise en place de ce projet en octobre 2016, 33 personnes y ont eu recours.

16. Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence

Afin de réduire le taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour un motif de négligence ou de risque sérieux de négligence, différentes mesures ont été mises en place cette année. Ainsi, des stratégies ont été déployées afin de réduire les délais d'attente pour l'accès aux services du *Programme d'interventions intégrées lavallois pour les enfants* (PIILE). Au cours des douze derniers mois, le délai moyen d'accès à ces services pour les enfants vulnérables de 0-4 ans est passé de 5 mois à 24 jours et pour les 5-12 ans, de 4 mois à 70 jours. Des ententes de collaboration avec les ressources communautaires ont également été renouvelées. De plus, des activités de sensibilisation sur la problématique de la négligence ont été tenues auprès de l'ensemble des intervenants qui offrent des services de proximité et de nouveaux agents multiplicateurs, habiles à soutenir le développement d'une approche centrée sur les besoins des jeunes et des familles ainsi que sur le travail en réseau, ont été formés.

Protection de la jeunesse

En 2016-2017, la Direction de la protection de la jeunesse a traité 2 962 signalements dont 39,5 % ont été retenus pour évaluation, comparativement à 3 018 signalements en 2015-2016.

Excluant les situations qui nécessitent une intervention immédiate, le délai moyen d'attente pour un premier contact se situe autour de 16 jours. Pour mieux répondre aux besoins, les ressources humaines dédiées aux enfants lavallois en besoin de protection et leur famille ont été augmentées. L'organisation du service d'évaluation-orientation pour les situations d'urgence a été révisée.

Du côté des services aux jeunes contrevenants, une procédure de dénonciation des bris de probation a été développée de concert avec la Direction des poursuites criminelles et pénales. Elle s'adresse aux jeunes dont la délinquance est virulente et dangereuse et vise la protection durable du public.

ORIENTATION : IMPLANTER UNE CULTURE D'ORGANISATION INNOVANTE ET EFFICIENTE DANS UN CONTEXTE DE CHANGEMENT

AXE ♦ MOBILISATION DU PERSONNEL

17. Maintenir la mobilisation du personnel du CISSS de Laval en accroissant sa capacité à s'adapter à un contexte en évolution

Entreprise en santé

Plusieurs actions ciblant la mobilisation du personnel ont été déployées au sein du CISSS de Laval. Les efforts se sont poursuivis pour améliorer et maintenir de façon durable et en continu la santé et le mieux-être de tout le personnel et, ultimement, obtenir une première certification Entreprise en santé unifiée. Une nouvelle structure de gouvernance de la démarche a été mise en place. La nouvelle Politique organisationnelle sur la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé, à la sécurité et au mieux-être a été adoptée par le conseil d'administration. Un lancement officiel de la démarche Entreprise en santé avec le dévoilement d'une image de marque a eu lieu au début de l'année 2017. Les premières activités du plan d'action ont commencé à être offertes à tout le personnel.

AXE ♦ ORGANISATION EFFICIENTE

20. Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance OPTILAB Laval-Lanaudière-Laurentides

OPTILAB est une démarche d'optimisation des laboratoires de biologie médicale du réseau de la santé et des services sociaux visant à doter le Québec du meilleur système de laboratoires de biologie médicale capable de répondre avec efficience aux besoins actuels et futurs de la population.

Le modèle de réorganisation des services de biologie médicale propose un regroupement des laboratoires en plusieurs grappes de services. Il y a un total de 11 grappes pour le Québec, dont une pour les régions de Laval, de Lanaudière et des Laurentides (LLL).

Le MSSS prévoit une centralisation des analyses dans un laboratoire central, appelé laboratoire serveur. Il s'agit d'un laboratoire fortement automatisé qui sera ouvert sur des périodes étendues. Ce laboratoire traitera toutes les analyses non urgentes et dont le maintien de l'intégrité de l'échantillon peut être assuré durant le transport. Ce laboratoire fera l'analyse d'un grand pourcentage des analyses en provenance des autres installations de la grappe. Les analyses urgentes ou les analyses sur des échantillons ne pouvant supporter le transport seront traitées localement dans les laboratoires associés. Par exemple, ces laboratoires feront les analyses des usagers hospitalisés et de l'urgence.

Au mois de décembre 2016, le conseil d'administration du CISSS de Laval, à la suite de deux concours publics, a procédé aux nominations de la D^{re} Linda Lalancette à titre de directrice médicale et de monsieur Dany Aubry comme directeur clinico-administratif pour la Direction OPTILAB LLL.

Au 31 mars 2017, l'ensemble des médecins et des employés ont été transférés au CISSS de Laval désigné Centre-serveur.

21. Implanter les meilleures pratiques selon le financement axé sur le patient

Le CISSS de Laval met en place les fondements requis par le MSSS afin de pouvoir actualiser cet objectif.

22. Favoriser le partage de l'information concernant les usagers entre les professionnels

Dossiers médicaux en CLSC

Le service des archives a procédé à la numérisation de près de 600 000 dossiers médicaux dans les CLSC. Ce projet permet une accessibilité à l'information électronique pour les médecins et les professionnels en temps réel.

Dossier clinique informatisé

Un des éléments moteurs de cette orientation stratégique est la mise en place du dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net.

À cet effet, le CISSS de Laval a :

- élaboré une stratégie de transition vers cette nouvelle solution de DCI en tenant compte de ses différentes composantes et fonctionnalités;
- élaboré et débuté la réalisation des activités préparatoires et de déploiement de cette nouvelle solution, en respect des orientations du MSSS et en complément avec la mise en place du DSQ (Dossier Santé Québec) et du DMÉ (Dossier médical électronique).

5. ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Légende

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

PORTRAIT SOMMAIRE DE LA PERFORMANCE DU CISSS DE LAVAL : ATTEINTE DES ENGAGEMENTS ANNUELS 2016-2017

Indicateurs		Engagement annuel 2016-2017	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé publique					
1.01.13 EG2	Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et en prévention de la santé selon l'approche École en santé (AÉS)	90 %	97,0 %	NA	
1.01.19.01 PS	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (diarrhées associées au Clostridium difficile)	100 %	100 %	95 %	
1.01.19.02 PS	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline)	100 %	100 %	95 %	
1.01.19.03 EG2	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs)	100 %	100 %	NA	
1.01.19.04 PS	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	95 %	
1.01.27 EG2	Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	91,0 %	91,6 %	NA	

Indicateurs		Engagement annuel 2016-2017	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.01.28 EG2	Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	90,0 %	78,5 %	NA	Plusieurs mesures sont mises en place dont le déploiement d'un plan d'action spécifique touchant la clientèle universelle et la clientèle SIPPE (services intégrés en périnatalité et en petite enfance) afin d'améliorer la couverture vaccinale dans les 14 jours prévus au calendrier.
1.01.29 PS	Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez des jeunes de 15 à 24 ans	1 864	2 046	2 000	
Services généraux					
1.02.04 EG2	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	90,0 %	76,2 %	NA	Le volume d'appels plus grand que le personnel initialement prévu rend impossible l'atteinte de l'engagement. Les processus sont en cours de révision afin d'atteindre l'engagement 2017-2018.
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)					
1.03.07.01 PS	Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	
1.03.07.02 PS	Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	
1.03.10 PS	Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	0 %	100 %	100 %	

Indicateurs		Engagement annuel 2016-2017	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.03.13 EG2	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	85,0 %	77,2 %	NA	Un déficit de ressources adaptées aux personnes ayant un profil 9 et moins a empêché l'atteinte de l'engagement. Cette situation a été corrigée avec l'ajout progressif de 96 places pouvant accueillir les profils 10 et moins à compter du début 2017.
Soutien à domicile de longue durée					
1.03.05.01 PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	493 140	502 577	NA	
1.03.11 PS	Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP)	7 358	7 364	8 409	
1.03.12 PS	Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP)	80,0 %	73,6 %	90,0 %	Cependant, l'engagement est atteint pour la clientèle DI-TSA et DP. La méthodologie de l'indicateur telle que proposée par le MSSS pour 2017-2018 permettra d'atteindre l'engagement 2017-2018.
Déficiences					
1.45.04.01 EG2	Taux des demandes de services traitées en CLSC, pour les personnes ayant une déficience physique – Tous âges – Toutes priorités ¹	90,0 %	98,8 %	NA	

Indicateurs		Engagement annuel 2016-2017	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.45.04.05 EG2	Taux des demandes de services traitées en CRDP, pour les personnes ayant une déficience physique – Tous âges – Toutes priorités ¹	90,0 %	98,0 %	NA	
1.45.05.01 EG2	Taux des demandes de services traitées en CLSC, pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - Tous âges – Toutes priorités ¹	90,0 %	96,4 %	NA	
1.45.05.05 EG2	Taux des demandes de services traitées en CRDI, pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - Tous âges – Toutes priorités ¹	90,0 %	67,6 %	NA	Un plan d'action est en cours de déploiement afin de permettre l'atteinte de l'engagement 2017-2018.
1.05.15 PS	Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme	160,00	282,00	90,00	Un plan d'action est en déploiement afin de permettre l'atteinte de l'engagement 2017-2018.
Dépendance					
1.07.04 EG2	Pourcentage des demandes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80,0 %	85,3 %	NA	
1.07.06 PS	Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	75,0 %	92,9 %	90,0 %	
Santé mentale					
1.08.13 PS	Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	313	313	531	
1.08.14 PS	Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	149	160	202	

Indicateurs		Engagement annuel 2016-2017	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.08.15 EG2	Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	80	144	NA	Un des facteurs explicatifs de la non-atteinte de l'engagement est le rapatriement de la clientèle lavalloise auparavant desservie par la région de Montréal. Un plan d'action est en déploiement afin de permettre l'atteinte de l'engagement 2017-2018.
Santé physique - Urgence					
1.09.01 PS	Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (en heures)	12,00	17,57	12,00	Un plan d'action est en déploiement afin de permettre l'atteinte de l'engagement 2017-2018 pour cet indicateur.
1.09.43 PS	Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	55,0 %	44,2 %	85,0 %	Un plan d'action est en déploiement afin de permettre l'atteinte de l'engagement 2017-2018 pour cet indicateur.
1.09.44 PS	Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	51,0 %	48,0 %	85,0 %	Un plan d'action est en déploiement afin de permettre l'atteinte de l'engagement 2017-2018 pour cet indicateur.
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie					
1.09.05 PS	Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	692	911	710	
1.09.45 PS	Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	42	42	46	

Indicateurs		Engagement annuel 2016-2017	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique - Services de première ligne					
1.09.25 PS	Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF)	13	13	13	
1.09.27 PS	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	70,0 %	71,9 %	85,0 %	
Santé physique - Chirurgie					
1.09.32.00 PS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an	0	0	0	
1.09.33.01 PS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90,0 %	69,9 %	90,0 %	Certaines chirurgies urologiques ne peuvent être réalisées à l'intérieur du délai de l'EGI, et ce, pour des raisons médicales appuyées par des données probantes reconnues dans la littérature.
1.09.33.02 EG2	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100 %	98,1 %	NA	Certaines chirurgies urologiques ne peuvent être réalisées à l'intérieur du délai de l'EGI, et ce, pour des raisons médicales appuyées par des données probantes reconnues dans la littérature.
Santé physique - Imagerie médicale					
1.09.34.02 PS	Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective - Scopies	70,0 %	84,2 %	100 %	
1.09.34.03 PS	Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective - Mammographies diagnostiques	95,0 %	96,9 %	100 %	

Indicateurs		Engagement annuel 2016-2017	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.34.04 PS	Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective - Échographies obstétricales	98,0 %	100 %	100 %	
1.09.34.05 PS	Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective- Échographies cardiaques	60,0 %	93,9 %	100 %	
1.09.34.06 PS	Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective - Échographies mammaires	95,0 %	93,8 %	100 %	Durant l'année, l'engagement fut atteint pour 9 des 13 périodes financières. Afin de respecter les délais, depuis février 2017, certaines échographies mammaires ont été dirigées vers des ressources externes à l'établissement.
1.09.34.07 PS	Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective - Autres échographies	65,0 %	64,8 %	100 %	Durant l'année, l'engagement fut atteint pour 12 des 13 périodes financières. La liste d'attente des hors délais concerne essentiellement les échographies musculo-squelettiques. Un plan d'action est en déploiement afin de permettre l'atteinte de l'engagement 2017-2018.
1.09.34.08 PS	Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective - Tomodensitométries	85,0 %	93,5 %	100 %	
1.09.34.09 PS	Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective - Résonances magnétiques	90,0 %	93,0 %	100 %	

Indicateurs		Engagement annuel 2016-2017	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Hygiène et salubrité					
2.02.02 EG2	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	NA	
Ressources humaines					
3.01 PS	Ratio d'heures en assurance-salaire	6,22 %	7,02 %	5,53 %	Un plan d'action est en déploiement afin de permettre l'atteinte de l'engagement 2017-2018.
3.05.02 PS	Taux d'heures supplémentaires	2,95 %	3,14 %	2,90 %	L'augmentation du ratio d'heures d'assurance-salaire (3.01 PS), la variation de la volumétrie à la hausse dans plusieurs secteurs cliniques ainsi que la difficulté à combler certains postes constituent des facteurs ayant contribué à une augmentation du taux d'heures supplémentaires. Les actions en cours ou planifiées afin d'atteindre l'engagement d'assurance-salaire auront un effet favorable sur l'indicateur.
3.06.00 PS	Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,45 %	1,45 %	1,60 %	

Indicateurs		Engagement annuel 2016-2017	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Ressources technologiques					
6.01.01 EG2	Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95,0 %	85,9 %	NA	Durant l'année, du mouvement de personnes responsables d'éditer le bottin (auteurs) a eu pour effet d'occasionner des retards ponctuels pour certaines catégories. En date du 26 mai 2017, le résultat obtenu pour cet indicateur est de 93 %.

Résultats du chapitre 3 de l'entente de gestion et d'imputabilité

Numéro	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État R = Réalisée À 100 % NR = Non réalisée à 100 % NA = Non Applicable
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)			
1.1	Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	R
1.2	Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	R
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)			
2.1	Liste des installations et organismes au sein du RSSS devant implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	NA
2.2	Programme d'intervention en négligence (PIN)	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	R

Numéro	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État R = Réalisée À 100 % NR = Non réalisée à 100 % NA = Non Applicable
2.3	Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (info social)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'offre de services sociaux généraux.	R
2.4	Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	R
2.5	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité.	R
2.6	Application du nouveau lexique des variables du relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	R
2.7	Portrait des lits de soins et services postaigus	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	R
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)			
3.1	Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	R

Numéro	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État R = Réalisée À 100 % NR = Non réalisée à 100 % NA = Non Applicable
3.2	Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : plan d'action triennal 2016-2019 et suivi des réalisations	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des 19 projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	R
3.3	Plan d'action par établissement réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	R
3.4	Déploiement des groupes de médecine de famille	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	R
3.5	Addenda – mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certaines actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	R
3.6	Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des soins palliatifs et de fin de vie à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie et la formation des professionnels du réseau en soins palliatifs et de fin de vie.	NA
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)			
4.1	Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R

Numéro	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État R = Réalisée À 100 % NR = Non réalisée à 100 % NA = Non Applicable
4.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et, finalement, voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R

SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)

5.1	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016 2017.	NA
5.2	Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	R
5.3	Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	R
5.4	Gestion des risques en sécurité civile - santé et services sociaux	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	NA

Numéro	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État R = Réalisée À 100 % NR = Non réalisée à 100 % NA = Non Applicable
5.5	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	NA

SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)			
6.1	Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du groupe vigilance pour la sécurité des soins	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	R
6.2	Diagnostic et plan d'action à l'égard des personnes handicapées	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	R
SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)			

Numéro	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État R = Réalisée À 100 % NR = Non réalisée à 100 % NA = Non Applicable
7.1	Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés	• Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); • Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; • Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; • Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; • Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).	R

6. GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Agrément

Au cours de la dernière année, le CISSS de Laval a mis en place l'ensemble des mesures de suivis spécifiques demandés par Agrément Canada (AC) et le Conseil québécois d'Agrément (CQA) suite aux visites de trois de ses installations à l'automne 2015.

Installation	Organisme accréditeu r	Date de la visite	Conformité	Suivis spécifiques	Échéance
CSSS de Laval	Conjoint AC et CQA	13 au 18 septembre 2015	98,4 %	8 critères	18 février 2017
Hôpital juif de réadaptation	AC	27 septembre au 1 ^{er} octobre 2015	96,1 %	6 critères	1 ^{er} mars 2017
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Laval	CQA	26 au 29 octobre 2015	Aucun processus non maîtrisé 5 recommandation s	2 processus	31 mai 2016 31 mai 2016

À la suite de l'examen des preuves soumises, les organismes accréditeurs ont jugé que toutes les installations concernées ont répondu favorablement aux exigences qui ont fait l'objet d'une évaluation. Le CISSS de Laval poursuit maintenant sa démarche d'amélioration continue en vue de la prochaine visite avec le même organisme accréditeur.

Distinction attribuée par Agrément Canada à l'Hôpital juif de réadaptation pour son programme de réadaptation en AVC

En février 2016, l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) a reçu l'agrément Distinction – Services aux victimes d'AVC pour son programme de réadaptation en AVC. La visite d'agrément menée par deux visiteurs du 5 au 7 décembre 2016 a été couronnée de succès. L'HJR est conforme à 102 des 105 critères évalués (97 %).

Le rapport d'agrément souligne la réputation enviable de l'HJR, son souci constant de la qualité des services et de la sécurité des patients, ses pratiques cliniques inspirées des données scientifiques et des résultats de recherche, ainsi que la culture de la mesure et de l'évaluation qui prévaut dans l'ensemble de l'organisation.

Sécurité des soins et services

Déclaration et divulgation des incidents/accidents

Au cours de cette année, 17 séances de formation sur différents aspects de la gestion des risques ont été tenues sur les sujets suivants : la déclaration d'incidents/accidents, les principes de gestion des risques, la culture de non-blâme et la divulgation. Plus de 100 employés, principalement des cadres et des soignants, ont assisté à ces formations.

Recommandations du coroner

Un rapport spécifique a été reçu à l'endroit du CISSS de Laval au cours du dernier exercice. Aucune recommandation n'a été formulée par le coroner puisque l'événement avait déjà fait l'objet d'une analyse exhaustive par l'établissement et le plan d'amélioration en découlant implanté.

Trois rapports à portée générale ont été reçus et ont été diffusés à des établissements ciblés du réseau territorial de service ainsi qu'au CISSS de Laval, afin qu'ils puissent s'approprier les recommandations et qu'ils puissent les mettre en application. Les principales recommandations des rapports traitaient respectivement :

- De la vérification de l'aménagement des unités de psychiatrie afin d'assurer un environnement sécuritaire aux usagers présentant un risque suicidaire par la mise en place de listes de vérification (CISSS de Laval);
- De l'utilisation sécuritaire du dispositif Lifeline par les personnes âgées ou à mobilité réduite (CHSLD et résidences privées pour aînés du réseau territorial de service de Laval);
- Des modalités d'identification de ressources privées certifiées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (ressources d'hébergement indépendantes).

Tous les suivis des rapports d'investigation reçus en 2016-2017 ont été effectués et l'information transmise au bureau du coroner selon les délais attendus.

Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en hébergement

Visites d'évaluation en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Durant l'année 2016-2017, huit CHSLD de la région de Laval ont reçu une visite d'appréciation de la qualité du milieu de vie.

- Trois CHSLD privés conventionnés ont reçu une visite pour laquelle la cote d'appréciation « acceptable » a été accordée et un quatrième a reçu la cote d'appréciation « très adéquat ».
- Deux CHSLD privés ont reçu la cote « préoccupant » au terme de leur visite.
- Le CHSLD en partenariat public-privé a obtenu la cote d'appréciation « très adéquat » au terme de sa visite.
- Un CHSLD public a obtenu la cote « acceptable » par le MSSS.

Les principales recommandations émises sont en regard de la prestation des soins individualisés aux besoins des résidents, aux stratégies de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence ainsi qu'à l'organisation des repas des résidents.

Pour tous ces centres, des plans d'amélioration et les suivis nécessaires sont en cours de réalisation selon les délais déterminés et attendus par le MSSS.

Visites d'évaluation en ressources non institutionnelles

Deux directions du CISSS de Laval ont reçu une visite d'appréciation de la qualité du milieu de vie en ressources intermédiaires, soit la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique (DI-TSA et DP) ainsi que la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

La cote d'appréciation « très adéquat » a été attribuée à la Direction des programmes DI-TSA et DP. Les principales recommandations émises sont en regard de l'harmonisation des pratiques et à l'application du *Cadre de référence ministériel sur les ressources intermédiaires et de type familial*. Des travaux d'harmonisation sont en cours dans les différentes directions regroupant des ressources non institutionnelles.

À la suite de ces deux visites, des plans d'amélioration sont en cours de réalisation selon les délais déterminés par le ministère.

Certification des résidences privées pour aînés

Laval compte 49 résidences pour aînés (RPA), ce qui correspond à 8 082 résidents occupant 9 714 unités locatives pour un taux d'occupation de 83 %. À cela s'ajoutent deux ressources d'hébergement en dépendance dûment certifiées.

Le bilan annuel fait état d'une offre de résidence stable avec une seule fermeture survenue sur le territoire. Au cours de l'année, aucune résidence privée pour aînés n'a opéré sans délivrance de certificat. Au total, 100 % des RPA sur le territoire lavallois sont certifiées. Sur le plan des délais dans les processus de certification, les résultats démontrent que les processus actuels sont efficaces et performants, étant nettement inférieurs aux moyennes nationales.

Au terme du bilan 2016-2017, une seule visite d'évaluation a eu lieu par la Direction des inspections et des enquêtes du MSSS et aucun rapport d'inspection n'a été produit.

Visites d'inspection des ordres professionnels

Au cours de l'année 2016-2017, le CISSS de Laval a été saisi du rapport de visite de deux ordres professionnels, soit : de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec en février 2016 et de l'Ordre professionnels des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ) en juillet 2016.

La visite de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec s'est déroulée les 5 et 6 octobre 2015 à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et au Centre de services ambulatoires dans les secteurs des soins critiques et de l'urgence, des soins cardiorespiratoires généraux, de l'anesthésie, des épreuves diagnostiques et des soins à domicile.

La visite de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec s'est tenue conformément au calendrier établi des visites générales de surveillance 2015-2016. Contrairement aux autres ordres professionnels, ce sont les professionnels qui sont directement évalués et non seulement la structure organisationnelle dans laquelle ils évoluent.

Au terme de chacune des visites, un rapport général des points d'amélioration identifiés par les inspecteurs a été déposé. Des plans d'amélioration ont été développés et s'inscrivent tous deux dans le plan global d'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle déjà en cours.

Comité de gestion des risques

Les activités de vigie des comités de gestion des risques des différentes installations du CISSS de Laval ont été maintenues au cours de l'année 2016-2017 afin de conserver un système local de surveillance et ainsi assurer la transition vers un comité unique de gestion des risques dont les activités débuteront en 2017. Au total, 16 rencontres ont été tenues par les comités des installations du CISSS de Laval au cours de l'exercice :

CSSS de Laval	2
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement de Laval (CRDITED)	5
Hôpital juif de réadaptation (HJR)	7
Centre jeunesse de Laval - Centre de réadaptation en dépendance Laval (CJ-CRD)	2

Principales tendances en matière d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

En avril 2017, un rapport organisationnel des événements indésirables a été mis en place pour l'ensemble des installations du CISSS de Laval. Un rapport trimestriel local des incidents et accidents est aussi en place dans chacune des missions et a servi d'outil de référence lors des rencontres des comités locaux.

Un bilan trimestriel des incidents et accidents a été transmis au comité de direction du CISSS de Laval, au comité de vigilance et au conseil d'administration. Il fait état des événements qui se sont produits dans les quatre missions de l'organisation ainsi que des tendances qui se dégagent de l'analyse.

Le bilan annuel des incidents et accidents survenus au CISSS de Laval fait état de 13 597 événements déclarés, une hausse de 9,6 % par rapport à l'exercice 2015-2016. Le tableau suivant présente le portrait global du CISSS de Laval, ainsi que de chacune des missions qui le composent.

Portrait général des déclarations de l'établissement

CISSSL		CSSSL		HJR		CRDITED		CJ-CRD	
P1 à P13		P1 à P13		P1 à P13		P1 à P13		P1 à P13	
2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016
13597	12517	11868	10521	384	413	863	779	482	804
↗ 9%		↗ 13%		↘ -7%		↗ 11%		↘ -40%	

Nous constatons :

- Une augmentation des déclarations pour l'ensemble du CISSS de Laval de l'ordre de 9,6 %;
- La hausse des déclarations atteint 13 % pour la mission du CSSS de Laval;
- Une hausse de 11 % pour CRDI-TED;
- Une légère baisse de 7 % pour l'Hôpital juif de réadaptation;
- La réduction des déclarations de 40 % pour le Centre jeunesse s'explique par la tenue de formations auprès des gestionnaires. La formation a permis de mieux cerner les situations qui requièrent une déclaration, notamment par une saisie plus pertinente des observations répertoriées lors des tournées d'inspection sécuritaire.

Les chutes et les erreurs liées à la médication sont les événements les plus nombreux et représentent respectivement 37 % et 24 % de l'ensemble des déclarations. En termes d'incidence d'événements, ces deux catégories sont suivies des catégories suivantes : « Autres » (16 %) qui regroupe des sous catégories tel que blessure d'origine connue et inconnue, les erreurs liées au dossier, etc.; « Traitements et interventions » (7 %); « Agressions et abus » (3 %). Les autres catégories répertoriées et non mentionnées dans ce présent rapport représente moins de 1 % du total de déclarations.

Chutes et médicaments

Chutes

- Des 5 077 chutes survenues, 83 % ont été sans conséquence pour l'utilisateur.
- 13 % des chutes ont été à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées.
- 3 % ont été à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés.
- 1 % ont été à l'origine de conséquences temporaires ayant un impact sur la nécessité, la durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.

Erreurs liées à la médication

- Au total, 3 338 événements liés à la médication ont été déclarés, 96 % ont été sans conséquence pour l'utilisateur.
- 3 % ont été à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés.
- Dans l'analyse du circuit du médicament, on peut constater que 25 % des déclarations représentent une erreur liée au dosage, 35 % à une omission et 8 % liées à la voie d'administration ainsi que 8 % au non-respect d'une procédure ou d'un protocole.

La Direction des soins infirmiers et la Direction des services professionnels se sont approprié les recommandations du Groupe vigilance pour la sécurité des soins en regard de la prévention des chutes et des erreurs liées au circuit du médicament (de la prescription à l'administration). La planification du rehaussement des pratiques en regard des recommandations ministérielles en réponse aux recommandations du Groupe vigilance pour la sécurité des soins est en cours d'élaboration dans les deux directions.

Événements significatifs et sentinelles

Neuf situations ont été considérées comme événements sentinelles et ont fait l'objet d'analyses exhaustives afin d'identifier les causes souches et défaillances, d'implanter les améliorations nécessaires et ainsi de prévenir la récurrence d'événements similaires.

Les principales mesures inscrites aux plans d'amélioration sont les suivantes :

- Mise en place d'une procédure de suivi des examens des résultats de tests de laboratoire par les médecins;
- Mise en place d'une procédure de communication inter établissement lors du rapatriement d'un usager;
- Révision de l'emplacement des équipements de mesures de contentions pouvant être utilisées en contexte urgent afin qu'ils soient facilement repérables et faciles d'accès pour les équipes en CHSLD;
- Mise en place d'une procédure d'entretien préventif à la salle des serveurs de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé;
- Élaboration d'une procédure d'assistance médicale de relève en cas de délai de présence médicale lors d'une situation d'urgence;

- Analyse de la faisabilité de la mise en place d'une équipe d'intervention rapide pour les unités de soins de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé;
- Rehaussement de la pratique en soins infirmiers en regard de l'évaluation de la condition mentale de l'utilisateur;
- Déploiement du programme de surveillance de l'application du protocole de prévention et de suivi des chutes à l'ensemble des unités de soins de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé (recommandation faisant suite à trois chutes ayant causé le décès d'utilisateurs);
- Déploiement des tournées visuelles de surveillance des utilisateurs à risque de chutes sur toutes les unités de soins de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé (recommandation faisant suite à trois chutes ayant causé le décès d'utilisateurs).

Recommandations et suivis

Aucune recommandation n'a été formulée par le comité de gestion des risques au conseil d'administration au courant de l'année 2016-2017.

Par ailleurs, les différents comités de gestion des risques ont maintenu des liens étroits avec les instances responsables des priorités de l'établissement en matière de gestion des risques d'incidents/accidents et de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales.

Au cours des rencontres des comités de gestion des risques, différents dossiers ont été traités et suivis :

- Processus d'identification des risques à l'Hôpital juif de réadaptation;
- La rénovation du centre de prélèvement du CLSC des Mille-Îles;
- La surveillance de la prévention des infections aux sites intraveineux;
- L'évaluation des processus de retraitement des dispositifs médicaux sur les unités satellites.

Les objectifs pour l'année 2017-2018 :

- Mise en place du Comité de gestion des risques du CISSS de Laval;
- Poursuivre les travaux initiés avec les missions du CISSS de Laval afin de préciser les balises liées à la déclaration des événements adverses de nature récurrente (ex.: chutes répétitives et automutilations).

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Suivi des rapports et recommandations sur la pertinence la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus

Cette année, le CVQ a fait le suivi en continu des dossiers suivants :

- Suivi des recommandations du Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur
- Bilan des rapports d'investigation du Bureau du coroner
- Bilan des activités et des rapports trimestriels en gestion des risques
- Bilan des événements significatifs et sentinelles
- Bilan des activités et de la surveillance en prévention et contrôle des infections
- Bilan des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en hébergement
- Bilan de la certification des résidences privées pour aînés et offrant de l'hébergement en dépendance
- Bilan des rapports d'inspection des ordres professionnels
- Bilan des mesures de contrôle
- Bilan des activités de suivi liées à la démarche d'agrément

Suivi des recommandations du Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur

Le comité a été en mesure d'assurer le suivi en continue des engagements et des recommandations du Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur.

Pour l'ensemble des situations, les membres ont été informés des mesures correctives et de l'avancement des améliorations apportées.

Le CVQ a recommandé au conseil d'administration que le suivi des recommandations des médecins examinateurs soit un sujet traité et suivi de manière systématique aux séances du comité.

Rapports trimestriels en gestion des risques

Un rapport trimestriel sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services a été présenté au CVQ à chacune des rencontres. Les membres du comité ont été à même de constater les tendances des événements indésirables ventilés notamment selon leur gravité, leur type et leur provenance.

Ils se sont aussi intéressés aux démarches entreprises par l'organisation pour maintenir et améliorer la prestation sécuritaire des soins et services, notamment en invitant la Direction des soins infirmiers et la Direction des services professionnels à présenter un état de situation découlant des recommandations du Groupe vigilance pour la sécurité des soins en regard de la prévention des chutes et des erreurs liées au circuit du médicament (de la prescription à l'administration).

Événements significatifs et sentinelles

Le CVQ a assuré le suivi de neuf événements indésirables avec conséquences graves survenus au cours de l'année 2016-2017 par le dépôt d'un registre des événements. Les recommandations retenues à la suite des démarches d'analyses exhaustives réalisées pour chacun des événements sentinelles ont également fait l'objet d'une présentation à chaque séance du CVQ, notamment en regard des défaillances identifiées, des mesures d'amélioration retenues ainsi qu'en regard de l'avancement des plans d'amélioration.

Le CVQ a aussi exprimé le souhait d'améliorer le lien de communication entre la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique et le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. À cet égard, des modifications ont été apportées au registre déposé au CVQ afin de rendre visibles les événements pour lesquels le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services a été interpellé ainsi que ceux pour lesquels le Bureau du coroner est impliqué.

Activités et surveillance en prévention et contrôle des infections

Les résultats des principaux indicateurs de surveillance des infections nosocomiales ont été présentés régulièrement aux membres du CVQ. Globalement, la situation est sous contrôle pour l'ensemble des surveillances ciblées.

Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en hébergement

La surveillance du bilan des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD a été assurée par le CVQ de manière continue par le dépôt du registre des visites ainsi que par le tableau d'état d'avancement des plans d'amélioration à chaque séance du comité.

Un bilan des principales recommandations a été présenté de façon continue au CVQ et certaines préoccupations des membres du comité ont été soulevées en regard des constats des rapports ainsi que du suivi accordé aux centres ayant obtenu une cote d'appréciation « préoccupant ».

De plus, le CVQ a été tenu informé des réalisations de support et de suivi auprès des établissements du territoire de Laval par les travaux de la Table clinique des CHSLD du réseau territorial de services animée par la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Les visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie représentent des opportunités d'amélioration qui cadrent parfaitement avec l'application du programme d'amélioration continue du CISSS de Laval. C'est avec un grand intérêt que le CVQ a reçu les éléments d'amélioration mis en place à la suite du dépôt des rapports de visites et qu'il assure la surveillance de l'avancement des plans d'amélioration continue.

Certification des résidences privées pour aînés offrant de l'hébergement en dépendance

Le CVQ a assumé son rôle de surveillance de la certification des milieux de vie par le suivi trimestriel du tableau de bord transmis par le MSSS. Ce tableau de bord dresse un portrait des états de certification au plan national et régional ainsi que des délais dans les étapes du processus de certification.

De plus, un programme de formation destiné à rehausser les connaissances des exploitants et des membres du personnel des résidences privées pour aînés a été déployé sur le territoire lavallois afin d'assurer des soins et services de qualité aux aînés. Par ailleurs, le CVQ propose à ce que les droits des résidents des résidences privées pour aînés soient adressés dans le prochain cycle de formation afin d'amener les exploitants à se doter d'un mécanisme pour entendre et faire entendre la voix des résidents.

Rapports d'inspection des ordres professionnels

Cette année, le CVQ a été saisi du rapport de visite de deux ordres professionnels, soit l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec et l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec. Le CVQ a accueilli favorablement les plans d'amélioration déposés qui s'inscrivent tous deux dans le plan global d'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle déjà en cours.

Par ailleurs, les membres ont remis en question le fait que si un manquement est observé concernant un technologiste dans le cadre d'une inspection professionnelle, cela sera consigné au rapport transmis à l'employé, mais pas nécessairement rapporté à l'établissement.

Mesures de contrôle

Le CVQ a souhaité l'uniformisation des indicateurs de suivi liés à l'application des mesures de contentions, afin d'être en mesure d'apprécier les réels changements de pratiques. Des travaux sont en cours à cet effet, sous la gouverne de la Direction des services multidisciplinaires, conjointement avec la Direction des soins infirmiers.

Activités de suivi liées à la démarche d'agrément

Le CVQ a pris connaissance des rapports d'agrément des visites des établissements du CISSS de Laval qui se sont tenues en 2015. De plus, le CVQ a été saisi du résultat au Programme Distinction – Service aux victimes d'accident vasculaire cérébral à l'Hôpital juif de réadaptation. Le CVQ a tenu à souligner à l'équipe de l'Hôpital juif de réadaptation cette marque de reconnaissance de la qualité des soins et services dispensés à la clientèle.

Autres dossiers présentés au comité de vigilance et de la qualité :

- Dépôt du rapport Lebon et suivi du plan d'action découlant des recommandations en regard des fugues liées à l'exploitation sexuelle.
- Rapport sur la qualité des soins à la Résidence Louise-Vachon et son plan d'amélioration.
- Recommandations du Groupe vigilance pour la sécurité des soins en regard de la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication et état de situation au CISSS de Laval en regard de ces recommandations.
- Rapport de l'analyse prospective sur les risques d'enlèvement d'enfants au module Mère-enfant de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.
- Rapport de l'analyse exhaustive sur la coagulation extra circuit au service d'hémodialyse de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.
- Suivi des recommandations de l'inspection de la Commission canadienne de sûreté nucléaire – conformité relative à la radioprotection.
- Suivi des recommandations du Protecteur du citoyen en imagerie, tenue de dossiers et gestion des risques.
- Suivi de l'intervention du Protecteur du citoyen au Centre d'hébergement Idola-Saint-Jean en regard des quotas de culottes d'incontinence.

Mise sous garde

Le CISSS de Laval détient des installations pouvant accueillir les personnes mises sous garde en vertu de l'article 6 ou 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001). Le tableau suivant présente les principaux cas de mises sous garde sur le territoire de Laval en 2016-2017 :

	Nom de l'installation Hôpital de la Cité-de-la-Santé seulement	Total installation
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	907	907
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	758	758
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	0	0
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	0	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	0	0
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	118	118
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	111	111
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	88	88
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	805	805

Plaintes et promotion des droits

Le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est disponible sur le site Web du CISSS de Laval à l'adresse suivante : www.lavalensante.com.

Information et consultation de la population

Consultations publiques en lien avec la Politique régionale de développement social à Laval

Le CISSS de Laval et la Ville de Laval ont décidé d'unir leurs efforts afin que la région de Laval se dote d'une première Politique régionale de développement social. Pour ce faire, un comité de pilotage représentant 32 organismes et institutions lavalloises a organisé une vaste consultation citoyenne.

Celle-ci a été animée conjointement par la Ville de Laval et le CISSS de Laval, et s'est déroulée entre les mois de juin et octobre 2016. Pas moins de 836 personnes ont été rejointes à l'occasion de 35 activités de consultation (groupes thématiques, assemblées de quartier, ateliers citoyens, Sommet du développement social et consultation en ligne). Une attention particulière a été apportée afin de rejoindre des populations spécifiques telles que les jeunes, les aînés, les personnes immigrantes, celles en situation de pauvreté ou vivant avec un handicap. Ces travaux ont permis d'assurer un processus interactif et diversifié, bâti pour favoriser les échanges et les discussions. Qu'il s'agisse d'aménagement des quartiers, d'habitation, de sécurité, de transport, d'emplois, de services de santé et de services sociaux, d'éducation, de sports, de loisirs, de culture ou de vie démocratique, la Ville de Laval et le CISSS de Laval ont été à l'écoute des préoccupations soulevées par la population lavalloise, mais également des pistes de solutions identifiées.

Le Sommet de développement social a eu lieu le 19 novembre 2016. Plus de 200 personnes ont participé aux ateliers de discussion lors de ce grand rassemblement. Les résultats issus de cette vaste consultation y ont été présentés et des orientations prioritaires ont été identifiées. Celles-ci servent de guide pour l'élaboration de la Politique régionale de développement social qui sera finalisée au printemps 2017 et qui devra être approuvée par les plus hautes instances de chacune des deux organisations.

Consultations pour le Plan d'action régional de santé publique de Laval

Le Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2016-2020 – Agir tôt, réagir aussitôt, a été lancé officiellement le 20 janvier 2017 lors d'une conférence de presse. Le PAR est la conclusion d'une démarche de consultations amorcées à l'automne 2016 auprès des différentes directions du CISSS de Laval et de partenaires concernés par les actions de santé publique, notamment ceux des réseaux scolaire, municipal et communautaire, sans oublier ceux issus de la petite enfance.

Consultations en vue de la refonte complète du site Web du CISSS de Laval

Le CISSS de Laval a entrepris une démarche de fusion des sites Internet des anciennes installations afin de diffuser une plateforme unique qui servira de référence en matière de santé et de services sociaux aux Lavallois. Une démarche de consultation a été entreprise pour identifier les besoins et les attentes de la population lavalloise.

Tout d'abord, un sondage en ligne a permis de recueillir les commentaires et les suggestions de 127 personnes. À cela s'ajoute un groupe de discussion constitué de patients partenaires, de membres de comités des usagers et d'employés qui travaillent directement avec des usagers.

Les participants ont fait part de leurs habitudes de navigation et se sont prononcés sur leurs préférences quant à la structure du site Internet.

Consultation des employés, des gestionnaires et des médecins pour l'intranet

Afin d'offrir un intranet qui réponde aux besoins des utilisateurs, une démarche de consultation des employés de toutes les installations du CISSS, des gestionnaires, des directeurs et des médecins. Plus de 1 200 ont répondu à un sondage en ligne et près de 100 personnes se sont prononcées lors de groupes de discussion.

Partenariat de soins et services (PSS) avec les usagers

Réaliser le plan d'action 2016-2020 (an 1) du PSS comme décidé par le comité de direction (se poursuit pour les 3 années subséquentes)

L'année 2016-2017 aura été marquée par la création du Bureau du partenariat de soins et services (BPSS), le recrutement et la formation de 42 usagers partenaires. Le BPSS a mis en place le volet accompagnement de nouveaux usagers ressources par le développement d'*usagers coachs* et *usagers co-formateurs* à même notre CISSS. Le BPSS a élaboré et coordonné cinq différents ateliers de formation en co-animation avec des usagers, visant à sensibiliser une centaine de gestionnaires ainsi que les intervenants notamment en oncologie, en soins palliatifs, à l'équipe de l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) ainsi qu'auprès de plusieurs professionnels de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Également, trente leaders de collaboration en établissement (LCE) ont été formés. Ceci s'inscrit dans une stratégie additionnelle visant l'appropriation du PSS dans les directions programmes.

Conjointement avec l'Université de Montréal, trois « tandems » intervenants/usagers ont aussi été créés au CISSS de Laval. Ces derniers ont participé aux journées Partenariat patient en action développées par l'Université et ont reçu le mandat de développer des outils permettant le déploiement du PSS au CISSS de Laval.

Finalement, afin de poursuivre l'intégration graduelle de l'approche de partenariat de soins et services au cœur de toutes les activités cliniques, le BPSS a élaboré le *Guide d'intégration des usagers/patients partenaires au CISSS de Laval*. Ce guide soutient le recrutement et l'intégration d'usagers dans les différentes initiatives des directions. Les demandes pour intégrer des usagers aux différentes activités sont sans cesse croissantes. Parmi les initiatives où des usagers ressources ont été intégrés, notons :

- le Projet Discutons santé,
- le projet Alliance,
- le comité aviseur de la politique de lutte contre le tabagisme,
- le sous-comité de travail adressant la problématique des fugues chez les jeunes,
- le comité de gestion de l'urgence,
- le plan d'action sur la primauté de la personne.

Aussi, plusieurs activités ponctuelles comme la révision de feuillets explicatifs (radiologie, soins de fin de vie), la mise en place de guichets d'accueil (DI-TSA et DP et accueil psychosocial 1^{re} ligne) et le réaménagement de divers secteurs (unité de soins palliatifs, médecine nucléaire) ont pu bénéficier de la participation d'usagers ressources. Conséquemment, notre région continue d'innover. L'intégration d'usagers ressources dans 40 comités/activités au cours de la dernière année constitue un exemple vivant de la transformation clinique en cours au CISSS de Laval.

Communications

Dans le dernier exercice, le CISSS de Laval a répondu à environ 1 280 demandes de renseignements provenant de la population par l'entremise de son service des communications. Il a publié 13 communiqués de presse, dont 9 ont été diffusés par la Direction de santé publique aux médias régionaux et nationaux pour protéger, maintenir ou améliorer l'état de santé et le bien-être de la population lavalloise. La vaccination contre la grippe, la future Politique régionale de développement social à Laval, le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 et le programme Santé Entourâge, programme unique et novateur au cœur de la vie des aînés, figurent parmi les sujets traités.

On dénombre 48 450 visites sur le site Web lavalensante.com, lequel présente une foule de renseignements concernant les services offerts par les différentes installations du CISSS de Laval et la façon d'y accéder, ainsi que des conseils sur la santé. Le CISSS de Laval est également présent sur les principales plateformes des réseaux sociaux (Facebook et Twitter).

Évaluation de la satisfaction

Au cours du dernier exercice, près de 2 000 usagers, de même que les parents ou proches de ceux-ci, ont répondu à des sondages ou participé à des groupes de discussion visant à mesurer leur niveau de satisfaction au regard de la qualité des soins et services.

Les résultats détaillés de ces sondages ont été communiqués aux équipes des secteurs concernés afin qu'elles identifient les améliorations permettant de répondre aux besoins des clients.

Un programme organisationnel d'évaluation de l'expérience de la clientèle, comportant des questionnaires harmonisés d'évaluation de l'expérience client, est actuellement en cours d'élaboration.

7. SOINS DE FIN DE VIE

Activité	Information demandée	10 décembre 2015 au 9 juin 2016	10 juin 2016 au 9 décembre 2016
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	873	942
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	14	4
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	14	7
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	4	4
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	10 ¹	0

¹ Motifs : usager a changé d'avis (2), opté pour sédation palliative continue (3), est décédé en cours de processus (1), ne répond pas aux critères d'admissibilité (2), est devenu inapte en cours de processus (1) et une demande en cours de traitement (1).

Afin de continuer d'outiller le personnel concernant les soins de fin de vie, le comité stratégique de formation soins palliatifs et de fin de vie a poursuivi des activités de formation. En effet, deux journées de formation ont été tenues en novembre 2016 et mars 2017 relativement aux particularités de la Loi 2. Une formation générale par approche réflexive en regard de la pratique collaborative auprès de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie a également été mise en place avec les équipes de soins. Le déploiement d'un plan de développement des compétences selon l'approche du mentorat a débuté; plus précisément, des actions concrètes ont été réalisées au niveau du rehaussement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie des préposés aux bénéficiaires dans les CHSLD publics et privés conventionnés.

8. RESSOURCES HUMAINES

Le CISSS de Laval a une cible de ratio d'encadrement de 299 postes en équivalent temps complet (ETC), soit 33 cadres supérieurs et hors-cadres, 233 cadres intermédiaires et 33 cadres conseil. Nous devons atteindre cette cible pour le 31 mars 2018.

Comme présenté dans la section portant sur la gestion et le contrôle des effectifs, au 31 mars 2017, le CISSS de Laval recensait 321 ETC en personnel d'encadrement. Ce chiffre inclut les cadres qui, suite à l'abolition de leur poste lors de la mise en place de la nouvelle structure organisationnelle en 2015, ont choisi le départ à la retraite. Ces cadres auront tous pris leur retraite d'ici le 31 mars 2018, donc ne feront plus partie du calcul pour le nombre de ETC de postes d'encadrement. En retirant les cadres en pré-retraite, le CISSS de Laval compte au 31 mars 2017, 295 cadres à son emploi.

Au 31 mars 2017, l'établissement a 5 cadres en stabilité d'emploi. Des services de transition de carrière leur sont offerts et des stratégies de remplacement sont en cours.

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

11045267 - CISSS de Laval		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2016-04-03 au 2017-04-01		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplé-mentaires	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-2015	619 633	2 386	622 019	342	399
	2015-2016	606 115	2 362	608 477	334	411
	2016-2017	582 322	1 774	584 096	321	376
	Variation	(6,0 %)	(25,6 %)	(6,1 %)	(6,1 %)	(5,8 %)
2 - Personnel professionnel	2014-2015	1 835 678	5 820	1 841 498	1 017	1 330
	2015-2016	1 885 478	6 641	1 892 119	1 045	1 357
	2016-2017	1 905 420	6 860	1 912 279	1 056	1 360
	Variation	3,8 %	17,9 %	3,8 %	3,8 %	2,3 %
3 - Personnel infirmier	2014-2015	3 121 388	116 378	3 237 766	1 684	2 344
	2015-2016	3 183 110	111 679	3 294 789	1 716	2 383
	2016-2017	3 247 870	117 783	3 365 653	1 747	2 392
	Variation	4,1 %	1,2 %	3,9 %	3,8 %	2,0 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-2015	5 894 780	114 253	6 009 033	3 222	4 566
	2015-2016	5 914 025	102 352	6 016 377	3 233	4 586
	2016-2017	6 018 789	115 234	6 134 023	3 294	4 692
	Variation	2,1 %	0,9 %	2,1 %	2,2 %	2,8 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-2015	1 023 144	9 705	1 032 850	524	822
	2015-2016	1 029 143	8 477	1 037 620	526	808
	2016-2017	1 028 973	9 013	1 037 986	526	824
	Variation	0,6 %	(7,1 %)	0,5 %	0,4 %	0,2 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-2015	30 505	93	30 598	17	114
	2015-2016	24 473	24	24 497	13	91
	2016-2017	23 562	26	23 588	13	89
	Variation	(22,8 %)	(72,4 %)	(22,9 %)	(23,3 %)	(21,9 %)
Total du personnel	2014-2015	12 525 128	248 635	12 773 763	6 805	9 286
	2015-2016	12 642 345	231 534	12 873 879	6 867	9 382
	2016-2017	12 806 935	250 690	13 057 625	6 957	9 550
	Variation	2,2 %	0,8 %	2,2 %	2,2 %	2,8 %

Gestion et contrôle des effectifs

Le CISSS de Laval n'a pas atteint, en 2016-2017, la cible de réduction de ses heures rémunérées de 1 % par rapport au nombre total d'heures rémunérées d'avril 2014 à mars 2015, comme prescrit par la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE).

Cet écart de 283 862 heures rémunérées avec la cible fixée s'explique par les développements de services, la réduction de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et une hausse importante des remplacements liée à l'augmentation des avantages sociaux, notamment de l'assurance-salaire qui a progressé de 179 138 heures.

Les principaux développements ont été, entre autres, l'ajout de professionnels et d'infirmières en GMF, l'ajout de 18 lits de soins palliatifs en CHSLD, l'intensification des services aux réfugiés et l'intensification des soins intensifs, intermédiaires et coronariens.

Le CISSS de Laval a mis en place un plan d'action afin d'atteindre un taux d'assurance-salaire qui respecte la cible de l'entente de gestion.

En soustrayant de nos heures totales toutes les heures rémunérées en lien avec les causes présentées ci-haut, nous aurions une baisse de 1,7 % de nos heures rémunérées plutôt qu'une hausse de 2,2 %.

9. RESSOURCES FINANCIÈRES

États financiers

Rapport de la direction

Les états financiers du Centre intégré de santé et de service sociaux de Laval 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 comme nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CISSS de Laval 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. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

La présidente-directrice générale,



Caroline Barbir, M.Sc., Adm. A., CHE, ASC

Le directeur des ressources financières,



Éric Champagne, CPA, CGA



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 2000
Tour de la Banque Nationale
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Téléphone : 514 878-2691
Télécopieur : 514 878-2127
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017 et les états des résultats, des surplus 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 intégré de santé et de services sociaux de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2017 (voir ci-dessous). 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 intégré de santé et de services sociaux de Laval.

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 de 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 intégré de santé et de services sociaux de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de 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 intégré de santé et de services sociaux de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures et entre l'établissement et un partenaire privé sont comptabilisés respectivement comme des contrats de location-exploitation et comme des dépenses de transfert, alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », 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 2017 et 2016 n'ont pas été 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 intégré de santé et de services sociaux de Laval au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C.R. L.¹

Montréal

Le 26 juin 2017

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A117472

Résultats financiers

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	653 568 329	638 825 067	37 943 248	676 768 315	657 644 437
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	202 606	202 606		202 606	202 606
Contributions des usagers	3	39 953 640	42 771 039	XXXX	42 771 039	39 423 370
Ventes de services et recouvrements	4	6 168 841	6 987 686	XXXX	6 987 686	7 565 678
Donations (FI:P294)	5	150 000	518 056	1 487 245	2 005 301	1 674 996
Revenus de placement (FI:P302)	6	445 000	727 336		727 336	966 450
Revenus de type commercial	7	6 814 546	7 162 944		7 162 944	6 544 880
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	12 118 760	12 422 731	25 778	12 448 509	14 500 702
TOTAL (L.01 à L.11)	12	719 421 722	709 617 465	39 456 271	749 073 736	728 523 119
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	461 577 775	478 300 767	XXXX	478 300 767	471 832 027
Médicaments	14	22 647 412	22 797 337	XXXX	22 797 337	23 029 429
Produits sanguins	15	3 344 369	8 351 810	XXXX	8 351 810	6 402 589
Fournitures médicales et chirurgicales	16	30 400 045	30 086 622	XXXX	30 086 622	31 064 191
Denrées alimentaires	17	5 326 042	5 523 149	XXXX	5 523 149	5 318 534
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	50 734 759	49 918 674	XXXX	49 918 674	48 105 539
Frais financiers (FI:P325)	19	9 400 000		8 880 821	8 880 821	9 322 262
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	10 556 123	15 901 609	8 361 260	24 262 869	13 093 230
Créances douteuses	21	275 000	785 409	XXXX	785 409	646 808
Loyers	22	8 075 871	7 870 331	XXXX	7 870 331	7 993 875
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	20 000 000	XXXX	20 574 569	20 574 569	19 918 576
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			95 475
Dépenses de transfert	25	25 328 405	26 203 403	XXXX	26 203 403	23 733 534
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	71 755 921	63 455 927	2 012 262	65 468 189	66 589 563
TOTAL (L.13 à L.27)	28	719 421 722	709 195 038	39 828 912	749 023 950	727 145 632
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	0	422 427	(372 641)	49 786	1 377 487

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	622 568 329	638 242 605	582 462	638 825 067	626 140 162
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	202 606		202 606	202 606	202 606
Contributions des usagers (P301)	3	39 953 640	42 771 039	XXXX	42 771 039	39 423 370
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	6 168 841	6 987 686	XXXX	6 987 686	7 565 678
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	150 000	506 253	11 803	518 056	663 072
Revenus de placement (P302)	6	445 000	720 225	7 111	727 336	966 450
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	6 814 546		7 162 944	7 162 944	6 544 880
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	12 118 760	1 240 138	11 182 593	12 422 731	14 500 702
TOTAL (L.01 à L.11)	12	688 421 722	690 467 946	19 149 519	709 617 465	696 006 920
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	461 577 775	469 627 820	8 672 947	478 300 767	471 832 027
Médicaments (P750)	14	22 647 412	22 797 337	XXXX	22 797 337	23 029 429
Produits sanguins	15	3 344 369	8 351 810	XXXX	8 351 810	6 402 589
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	30 400 045	30 086 622	XXXX	30 086 622	31 064 191
Denrées alimentaires	17	5 326 042	5 523 149	XXXX	5 523 149	5 318 534
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	50 734 759	49 918 674	XXXX	49 918 674	48 105 539
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (P325)	20	8 956 123	14 794 379	1 107 230	15 901 609	9 347 211
Créances douteuses (C2:P301)	21	275 000	785 409		785 409	646 808
Loyers	22	8 075 871	7 602 234	268 097	7 870 331	7 993 875
Dépenses de transfert (P325)	23	25 328 405	26 203 403		26 203 403	23 733 534
Autres charges (P325)	24	71 755 921	57 594 728	5 861 199	63 455 927	66 589 563
TOTAL (L.13 à L.24)	25	688 421 722	693 285 565	15 909 473	709 195 038	694 063 300
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(2 817 619)	3 240 046	422 427	1 943 620

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	1 104 865	10 799 548	11 904 413	10 526 926	
.....						
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
.....						
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
.....						
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	1 104 865	10 799 548	11 904 413	10 526 926	
.....						
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	422 427	(372 641)	49 786	1 377 487	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
.....						
Transferts interfonds (préciser)	7					
.....						
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
.....						
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
.....						
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	1 527 292	10 426 907	11 954 199	11 904 413	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
.....						
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	5 937 634	5 515 206	
.....						
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	6 016 565	6 389 207	
.....						
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	11 954 199	11 904 413	
.....						

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	49 253 992	3 160 346	52 414 338	66 015 354
Placements temporaires	2	10 022 172		10 022 172	9 916 892
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	16 582 018	1 548 170	18 130 188	22 776 685
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	8 256 488	307 278	8 563 766	10 991 314
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(871 110)	871 110	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	43 957 079	81 312 046	125 269 125	117 306 694
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	606 216	606 216	610 377
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	2 424 877		2 424 877	1 561 919
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	129 625 516	87 805 166	217 430 682	229 179 235
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		16 394 848	16 394 848	28 584 209
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	64 846 294	3 607 157	68 453 451	70 496 932
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		1 503 170	1 503 170	2 078 693
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	13 825 381	15 278 324	29 103 705	42 041 571
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	293 527 920	293 527 920	288 275 262
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	45 000	45 000	45 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	54 276 493	XXXX	54 276 493	53 728 685
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	1 161 748		1 161 748	495 898
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	134 109 916	330 356 419	464 466 335	485 746 250
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(4 484 400)	(242 551 253)	(247 035 653)	(256 567 015)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	252 978 160	252 978 160	262 253 186
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	3 533 562	XXXX	3 533 562	3 388 520
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	2 478 130		2 478 130	2 829 722
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	6 011 692	252 978 160	258 989 852	268 471 428
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	1 527 292	10 426 907	11 954 199	11 904 413
<i>Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)</i>					
<i>Éventualités (pages 636-01 et 636-02)</i>					
<i>Colonne 2: Établissements publics seulement</i>					
<i>Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro</i>					
<i>Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement</i>					

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(259 483 168)	(5 113 377)	(251 453 638)	(256 567 015)	(253 011 646)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(259 483 168)	(5 113 377)	(251 453 638)	(256 567 015)	(253 011 646)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		422 427	(372 641)	49 786	1 377 487
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(26 000 000)	XXXX	(12 768 235)	(12 768 235)	(26 142 940)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	20 000 000	XXXX	20 574 569	20 574 569	19 918 576
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			95 475
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX	1 468 692	1 468 692	
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(6 000 000)	XXXX	9 275 026	9 275 026	(6 128 889)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	1 000 000	351 592	XXXX	351 592	971 608
Acquisition de frais payés d'avance	16	200 000				224 425
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18		(145 042)		(145 042)	
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	1 200 000	206 550		206 550	1 196 033
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(4 800 000)	628 977	8 902 385	9 531 362	(3 555 369)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(264 283 168)	(4 484 400)	(242 551 253)	(247 035 653)	(256 567 015)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	49 786	1 377 487	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	206 550	1 196 033	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		95 475	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	(1 487 245)	(1 011 924)	
Amortissement des immobilisations	8	20 574 569	19 918 576	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	297 307	223 845	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(28 778 671)	(4 117 793)	
Autres (préciser P297)	13	1 468 692		4
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	(7 718 798)	16 304 212	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	(6 437 679)	(4 398 690)	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	(14 106 691)	13 283 009	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(13 263 865)	(25 086 202)	
Produits de disposition d'immobilisations	18			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(13 263 865)	(25 086 202)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20	(105 280)	(5 760 640)	
Placements de portefeuille effectués	21			
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23		2 282 172	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	(105 280)	(3 478 468)	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1			
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(243 506)	(18 344 867)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	53 628 159	103 292 788	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(15 429 689)	(71 708 419)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8	(24 080 144)	(1 703 243)	5
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	13 874 820	11 536 259	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	(13 601 016)	(3 745 402)	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	66 015 354	69 760 756	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	52 414 338	66 015 354	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	52 414 338	66 015 354	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14			
TOTAL (L.13 + L.14)	15	52 414 338	66 015 354	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	4 646 497	(4 465 386)	
Autres débiteurs	2	1 564 590	655 876	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	4 717	173 753	
Frais reportés liés aux dettes	5	4 161	10 603	
Autres éléments d'actifs	6			
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	(1 547 851)	6 701 304	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9		(739 975)	
Intérêts courus à payer	10	(575 523)	(384 933)	
Revenus reportés	11	(11 678 676)	(9 460 256)	
Passif au titre des sites contaminés	12			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	547 808	1 491 940	
Autres éléments de passifs	14	596 598	1 618 384	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)	15	(6 437 679)	(4 398 690)	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16	764 721	1 056 738	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18			
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	19	727 336	966 450	
Intérêts encaissés (revenus)	20	728 931	964 832	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	8 450 903	8 864 898	
Intérêts déboursés (dépenses)	22	9 026 426	9 249 831	

DÉTAIL DES DONATIONS FAITES EN 2016-2017 À L'ÉTABLISSEMENT À DES FINS PARTICULIÈRES

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

		Revenus reportés au début	Ajustements à la colonne 1	Sommes allouées dans l'exercice	Revenus inscrits dans l'exercice	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4)	Variation des revenus reportés (C1+C2-C3)
		1	2	3	4	5	6
CONTRIBUTIONS DE TIERS:							
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:							
Soutien enseignement	2	174 468		150 000	153 277	171 191	3 277
Autres activités	3	8 132		381 412	352 976	36 568	(28 436)
Atrium CICL	4	1 419 000			31 500	1 387 500	31 500
Equipements	5	9 231 684		446 668	1 304 434	8 373 898	857 766
Bâtiments et équipements HJR	6	721 634		3 250	151 311	573 773	148 061
Projets de recherche	7		48 568	133 500	1 093	180 975	(132 407)
Projet pilote SEFAC	8		48 948	11 940	10 710	50 178	(1 230)
...	9						
...	10						
...	11						
...	12						
...	13						
...	14						
...	15						
...	16						
...	17						
...	18						
...	19						
...	20						
...	21						
...	22						
...	23						
...	24						
Autres (préciser P297)	25						
TOTAL (L.01 à L.25)	26	11 555 098	97 516	1 126 770	2 005 301	10 774 083	878 531
DOTATIONS							
Capital	27						
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX
Revenus réservés accumulés:							
...	29						
...	30						
...	31						
...	32						
...	33						
Autres (préciser P297)	34						
TOTAL (L.27 à L.34)	35						
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	11 555 098	97 516	1 126 770	2 005 301	10 774 083	878 531
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:							
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	182 600		531 412	506 253	207 759	(25 159)
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38		97 516	145 440	11 803	231 153	(133 637)
Fonds Immobilisations (P294)	39	11 372 498		449 918	1 487 245	10 335 171	1 037 327
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	11 555 098	97 516	1 126 770	2 005 301	10 774 083	878 531

Notes

1. Constitution et mission

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire de Laval en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes. Le siège social du centre est situé au 1755 boulevard René-Laënnec. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Laval. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

2. Principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Le présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Conséquemment :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) et l'immeuble loué auprès d'un partenaire privé sont comptabilisés respectivement comme des location-exploitation et comme des dépenses de transfert au lieu d'une location-acquisition à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada, Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471 exige que la direction du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et charges de l'exercice ainsi que sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers. Les résultats réels peuvent différer de ces estimations.

État des gains et pertes de réévaluation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même Loi. Néanmoins, le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères.

La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Biens en fiducie

La description des biens détenus en fiducie gérés par le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

Revenus de transferts

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et lorsque l'établissement bénéficiaire a respecté tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont satisfaites.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts (RLRQ chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées à titre de revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé, si celle-ci prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Ventes de services et recouvrements

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers. Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités. Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement. En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est. Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge dans l'exercice de son émission.

Instruments financiers

Les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créiteurs MSSS, les autres créiteurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalent de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

Passifs au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées:

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2016-2017. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

Passif au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaire et des congés de maladies et vacances cumulées. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations de rétention des hors-cadres.

i. Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des dernières trois années financières du CISSS de Laval. Elles sont estimées à l'aide de la méthode par période de paie qui tient compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, la durée par dossier. Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financières à venir selon les tendances passées.

Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

v. Droit parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagement des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location - acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur, ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stocks de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût spécifique. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Prêts interfonds

Les prêts entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations. Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires. L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- *Activités principales* : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- *Activités accessoires* : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement fournit, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services fournis par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

3. Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2017, le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval a respecté cette obligation légale.

4. Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) des pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 15 juin 2016.

Pour fin de comparaison, nous avons reclassé le montant des mesures de redressement de 915 964 \$ présenté au budget initial 2016-2017 comme suit :

	Budget initial approuvé par le CA et figurant RR-446 Budget détaillé	Répartition des impacts des mesures de redressement	Budget initial approuvé par le CA après répartition des impacts des mesures de redressement et figurant à l'état des résultats
REVENUS	719 365 176 \$	56 546 \$	719 421 722 \$
Total :	719 365 176	56 546	719 421 722
CHARGES	720 281 140	(859 418)	719 421 722
Total :	720 281 140	(859 418)	719 421 722
SOUS-TOTAL	(915 964)	915 964	-
Total des mesures de redressement	915 964	(915 964)	-
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	- \$	- \$	- \$

5. Instruments financiers

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux d'intérêt effectif n'a pas d'impact important sur les résultats des activités et sur la situation financière.

6. Placements temporaires

La nature des placements temporaires, le coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectif moyens pondérés ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631-00 du rapport financier annuel AS-471.

7. Autres débiteurs

La nature des autres débiteurs est précisée à la page 630-00 du rapport financier annuel AS-471.

8. Placements de portefeuille

La nature des placements de portefeuille, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, la valeur à la cote, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values et l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632-00 à 632-02 du rapport financier annuel AS-471.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

9. Autres éléments d'actifs

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00 du rapport financier annuel AS-471.

10. Emprunts temporaires

Les conditions des emprunts temporaires contractés auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 633 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également contracté des emprunts temporaires auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont les suivantes :

Du montant des emprunts temporaires totalisant 16 394 848 \$, un montant de 1 604 955 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30% avec la Banque Nationale, alors que d'autres totalisant 14 789 893 \$ représente le financement temporaire offert par le ministère des Finances, à titre de responsable du Fonds de financement et est fait par billet à taux flottant (billet au pair).

11. Autres créditeurs

La nature des autres créditeurs est précisée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

12. Dettes à long terme

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471. L'établissement a également contracté des dettes à long terme auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement de 2013 à 2017, d'une valeur nominale variant de 348 092 \$ à 57 913 925 \$, taux effectif de 1,504% à 3,913%, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par mensualités variant de 1 527 \$ à 215 613 \$ échéant de 2019 à 2040	204 968 960 \$	165 072 625 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec pour des montants variant de 389 106 \$ à 34 968 545 \$, taux moyen pondéré de 1,897% à 10,040%, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable mensuellement par versements de 1 297 \$ à 100 924 \$, échéant entre 2018 et 2034.	88 170 731	122 958 312
Emprunts à taux fixes entre 3,02% et 10%, remboursables par versement mensuels entre 4 826\$ et 10 440 \$	<u>388 229</u>	<u>244 325</u>
TOTAL :	<u>293 527 920 \$</u>	<u>288 275 262 \$</u>

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	Montant
2017 - 2018	63 393 805 \$
2018 - 2019	36 720 337
2019 - 2020	38 236 129
2020 - 2021	11 430 410
2021 - 2022	10 905 059
2022 - 2023 et subséquents	<u>132 842 180</u>
TOTAL :	<u>293 527 920 \$</u>

13. Autres éléments de passifs

La nature des autres éléments de passifs est précisée aux pages 361-00 et 401-00 du rapport financier annuel AS-471.

14. Immobilisations corporelles

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé, la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.

15. Affectations

La nature des affectations d'origines interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

16. Informations relatives à l'état des flux de trésorerie

Les informations relatives à l'état des flux de trésorerie sont présentées aux pages 208-01 et 208-02 du rapport financier AS-471.

17. Gestion des risques associés aux instruments financiers

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2017, ces actifs financiers étaient investis dans CPG et obligations municipales. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé au débiteur MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir -réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit associé aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de la RAMQ et de la Fondation Cité-de-la-Santé.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 20% pour 2016-2017 (32% pour 2015-2016) du montant total recouvrable.

La chronologie des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	8 802 580 \$	9 666 133 \$
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	-	-
De 30 à 59 jours	299 747	299 676
de 60 à 89 jours	187 081	160 164
de 90 jours et plus	<u>2 464 332</u>	<u>2 566 677</u>
Sous-total	2 951 160	3 026 517
Provision pour créances douteuses	3 497 252	2 423 963
Sous-total	<u>(546 092)</u>	<u>602 554</u>
Total des autres débiteurs	<u>8 256 488 \$</u>	<u>10 268 687 \$</u>

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses	2 423 963 \$	2 453 027 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	785 409	646 808
Montants recouvrés et exonérations appliquées	<u>(287 880)</u>	<u>675 872</u>
Solde au début de la provision pour créances douteuses	<u>3 497 252 \$</u>	<u>2 423 963 \$</u>

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, le créancier MSSS, les autres créanciers et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des acceptations bancaires d'un mois d'échéance et des billets. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS. Les autres créanciers et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créanciers totalisent 68 453 451 \$ pour 2016-2017 sont de moins de 6 mois (70 496 930 \$ pour 2015-2016 moins de 6 mois).

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds – enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	16 394 848 \$	28 584 210 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	- \$	- \$
Dettes à long terme	293 527 920 \$	288 030 937 \$

Du montant des emprunts temporaires totalisant 16 394 848 \$, un montant de 1 604 955 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30% alors que d'autres représentant 14 789 893 \$ portent intérêt à un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant de la dette à long terme totalisant 293 527 920 \$, un montant de 754 619 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 292 773 301 \$, représente des emprunts portant intérêt à taux fixes. De ce montant, un montant de 292 385 072 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 388 229 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux fixes pour lesquels les intérêts sont pris en charge par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

18. Opérations entre apparentés (nature, montant, méthode)

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel (AS-471). L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval détient un intérêt économique dans la Fondation Cité-de-la-Santé du fait que les activités de celle-ci sont consacrées à recueillir des fonds nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis par le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.

Au cours de l'exercice, l'établissement a reçu de la Fondation Cité-de-la-Santé de Laval un financement de 187 630 \$ pour l'achat d'équipements, de 150 000 \$ pour le soutien à la mission de l'enseignement et de la recherche et 526 852 \$ pour diverses activités.

Plusieurs autres organismes sans but lucratif avec qui l'établissement a un intérêt économique ont eu des opérations pendant l'exercice et des soldes au 31 mars 2017 existent. Ces montants, pris globalement, ne sont pas significatifs.

Parc de stationnement - Cité-de-la-Santé

Effectif le 21 octobre 2001, l'établissement et la Fondation Cité-de-la-Santé ont signé deux ententes en vertu desquelles les terrains servant aux stationnements au Centre Hospitalier et appartenant à l'établissement, ont été laissés à la Fondation (la convention de bail) et la Fondation a confié à l'établissement la gestion de l'exploitation des stationnements (le contrat de gestion).

Les deux ententes terminées le 31 mars 2008 sont renouvelables à chaque année subséquente, à moins d'avis contraire, et ont été consenties en considération des contreparties suivantes :

- Loyer de base d'un montant de 1 100 000 \$ pour la durée de l'entente, majoré d'un montant équivalent à 20% des revenus bruts provenant de l'exploitation plus les taxes applicables.
- Honoraires de gestion équivalents aux dépenses d'exploitation réelles encourues pour la période majorée d'un montant de 10% plus les taxes applicables.

Par conséquent, les revenus générés par l'établissement en vertu des deux ententes sont les suivants :

Description	Exercice courant	Exercice précédent
Loyer	2 029 292 \$	1 928 477 \$
Contrat de gestion	<u>2 206 584</u>	<u>1 718 747</u>
TOTAL :	<u>4 235 876 \$</u>	<u>3 647 224 \$</u>

Ces revenus sont inclus dans les revenus commerciaux apparaissant au centre d'activité #0500 –Parc de stationnement dans les activités accessoires.

19.Événements postérieurs à la date des états financiers.

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1^{er} avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des onze grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1^{er} avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a été désigné « centre serveur » pour les établissements suivants : le Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière et le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. Il a conclu avec le CISSS de Lanaudière et le CISSS des Laurentides, une convention qui prend effet à compter du 1^{er} avril 2017 en vertu de laquelle il assume à compter de cette date l'entière responsabilité de l'exploitation des activités cédées et toutes les obligations qui en résultent envers les employés, les fournisseurs et les tiers en général. De plus, il jouit de tous les droits et assume toutes les obligations découlant des conventions collectives de travail des conventions collectives de travail en vigueur des employés visés par la cession. À titre de successeur subrogé, il assume tous les droits et obligations découlant des contrats d'approvisionnement ou de services afférents aux activités cédées.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

20. Chiffres comparatifs

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

Contrats de service

	Nombre	Valeurs
Contrat de services avec une personne physique	9	711 878 \$
Contrat de services avec un contractant autre qu'une personne physique	93	15 021 894 \$
Total des contrats de services	102	15 733 772 \$

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES
« NON AUDITÉES »

	Exercice courant	Exercice précédent
Santé publique	9 679 703 \$	10 015 143 \$
Services généraux, activités cliniques et d'aide	28 757 836	29 046 393
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	130 550 297	121 966 507
Déficience physique	25 259 363	23 226 718
Déficience intellectuelle et TSA	43 228 152	42 672 900
Jeunes en difficulté	55 259 467	57 410 963
Dépendances	3 743 488	3 767 957
Santé mentale	33 964 518	34 724 578
Santé physique	233 209 669	227 784 796
Administration	40 528 495	39 760 434
Soutien aux services	50 741 891	47 973 075
Gestion des bâtiments et des équipements	38 362 686	38 459 914
TOTAL PAR PROGRAMMES-SERVICES	693 285 565 \$	676 809 378 \$

ÉTAT DE SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Lors de la réalisation de ses différents mandats, l'auditeur indépendant peut émettre des réserves, commentaires ou observations aux établissements. Lorsqu'il y a lieu, ces derniers prennent des mesures pour régler ou améliorer la problématique identifiée.

Le tableau suivant doit être complété par les établissements publics. Il vise à informer sur les différentes mesures appliquées pour régler ou améliorer les problématiques soulevées par le biais des réserves, observations et commentaires formulés par l'auditeur indépendant dans l'un des documents suivants :

- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers;
- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées;
- Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe);
- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de mandats d'intérim, d'accompagnement à la gestion, d'administration provisoire, d'observations, d'inspections, d'enquêtes, de vérification lors de malversation financière ou d'analyse de situation financière budgétaire déficitaire autre que l'audit annuel des états financiers;
- Rapport à la gouvernance.

Pour compléter l'information requise, les établissements décrivent d'abord chaque réserve, observation et commentaire en précisant leur nature de la façon suivante :

- R : pour réserve
- O : pour observation
- C : pour commentaires.

Ils ajoutent également l'année où la réserve, l'observation ou le commentaire a été formulé pour une première fois.

Puis, ils indiquent la ou les mesures appliquées ou inscrivent « aucune » si aucune disposition n'a été prise. Certaines réserves peuvent émaner du respect de directives spécifiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), par exemple la comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec à titre de contrats de location-exploitation au lieu de contrats de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Dans une telle situation, l'établissement inscrit : « aucune, car directive du MSSS ».

Finalement, l'établissement mentionne l'état de la problématique soulevée au 31 mars de l'exercice à l'aide d'un X dans la case appropriée :

- R : pour réglée
- PR : pour partiellement réglée
- NR : pour non réglée

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglée PR : pour partiellement réglée NR : pour non réglée			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société Québécoise d'infrastructure (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location-acquisition avec la SQI présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisation corporelles louées » du Manuel de CPA Canada.			NR
Comptabilisation du contrat de location d'immeuble conclu en vertu d'une entente de partenariat public-privé comme dépense de transfert et non comme un contrat de location-acquisition.	2011-2012	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation du contrat de location d'immeuble conclu en vertu d'une entente de partenariat public-privé comme dépense de transfert et non comme un contrat de location-acquisition, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de CPA Canada.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Centre d'activité dirigées Animation et Loisirs #6890 Les unités de mesure du centre d'activité # 6890 ont été estimées pour toute l'année. Par conséquent, il nous est impossible d'exprimer une opinion quant aux unités de mesures de ce centre d'activités.	2004-2005	R	Les unités de mesure ont été compilées pour toute l'année.	R		
L'unité de mesure « Les appels répondus » pour le centre d'activités 5960 – <i>Autres services téléphoniques régionaux</i> n'est pas compilée en conformité avec le Manuel de gestion financière car la compilation devrait se faire uniquement au niveau des appels, alors que les demandes sous toutes formes sont compilées.	2015-2016	R	Le centre d'activités 5960 - <i>Autres services téléphoniques régionaux</i> n'est plus utilisé.	R		
L'unité de mesure « Les unités techniques provinciales » pour le centre d'activités 6610 – <i>Physiologie respiratoire</i> , n'est pas compilée en conformité avec le Manuel de gestion financière car certaines activités sont compilées alors qu'elles ne devraient pas l'être.	2015-2016	R	Seules les activités devant être compilées l'ont été.	R		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Aucun commentaire						
Rapport à la gouvernance						

10. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le CISSS de Laval poursuit l'engagement envers les organismes communautaires et reconnaît leur apport essentiel dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population lavalloise.

Pour l'année 2016-2017, le CISSS de Laval a versé des allocations financières à 90 organismes communautaires dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). De ce nombre, 70 organismes communautaires autonomes ont été soutenus pour leur mission globale. De plus, 10 organismes de type organisme sans but lucratif (OSBL) ont été financés. Ces organismes s'inscrivent dans l'ensemble des programmes et services et offrent notamment de l'aide, de l'écoute, du soutien, de la prévention et de l'hébergement.

Pour l'année 2016-2017, le CISSS de Laval a ainsi versé aux organismes communautaires une somme totale de 23 501 148 \$, répartie comme suit :

- 13 947 477 \$ à la mission globale
- 9 553 671 \$ en ententes, en projets et aux OSBL

Plusieurs ententes de service hors PSOC et des ententes de collaboration ont également été reconduites entre le CISSS de Laval et les organismes communautaires dans certains domaines notamment le jeu pathologique, la dépendance, l'itinérance, le soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie et la santé mentale.

	2015- 2016	2016-2017		
		Mission globale	Entente et OSBL	TOTAL
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED				
Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval	117 590 \$	102 276 \$	16 725 \$	119 001 \$
Ateliers adaptés Stimul'Arts (Les)	324 365 \$	161 848 \$	166 410 \$	328 258 \$
Association de Laval pour la déficience intellectuelle (ALDI) inc.	275 261 \$	102 276 \$	176 288 \$	278 564 \$
Corporation intégration à la vie active des personnes handicapées de Laval	101 013 \$		104 726 \$	104 726 \$
Mouvement Personne d'Abord de Laval	22 112 \$		22 377 \$	22 377 \$
Halte de l'Orchidbleue (La)	57 039 \$		57 724 \$	57 724 \$
Services du Chat botté de Laval	647 222 \$	227 277 \$	427 713 \$	654 990 \$
Société de l'autisme et des TED de Laval	102 042 \$	96 654 \$	6 612 \$	103 266 \$
Sous-total	1 646 644 \$	690 331 \$	978 575 \$	1 668 906 \$

	2015- 2016	2016-2017		
		Mission globale	Entente et OSBL	TOTAL
DÉPENDANCES				
Aviron, hébergement communautaire (L')	257 579 \$	260 670 \$		260 670 \$
Déclic action	291 864 \$	324 544 \$	276 132 \$	600 676 \$
Maisonnée Paulette Guinois (La)	56 988 \$	28 494 \$		28 494 \$
Sous-total	606 431 \$	613 708 \$	276 132 \$	889 840 \$
DÉFICIENCE PHYSIQUE				
Association Dysphasie +	172 693 \$	132 389 \$	42 377 \$	174 766
Association de la fibromyalgie de Laval	117 398 \$	88 922 \$	29 884 \$	118 806
Association lavalloise pour le transport adapté (ALTA) inc.	29 120 \$		29 469 \$	29 469 \$
AVC-Aphasie Laval	187 522 \$	156 846 \$ 5	32 927 \$	189 773 \$
Association des personnes vivant avec une surdité de Laval (APVSL)	100 184 \$	88 922 \$	12 464 \$	101 386 \$
Association québécoise des traumatisés crâniens	125 124 \$		126 625 \$	126 625 \$
Fondation Le Pilier	158 324 \$		160 224 \$	160 224 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques, Section Laval	113 973 \$	110 712 \$	4 629 \$	115 341 \$
Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval (ROPPHL)	17 970 \$		18 186 \$	18 186 \$
Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal métropolitain (SIVET)	67 008 \$		67 812 \$	67 812 \$
Sous-total	1 089 316 \$	577 791 \$	524 597 \$	1 102 388 \$
JEUNES EN DIFFICULTÉ				
Association québécoise des troubles d'apprentissage – Section Laval	78 604 \$	79 547 \$		79 547 \$
Le Bureau de consultation-jeunesse inc./SUPRARÉGIONAL	72 989 \$		73 865 \$	73 865 \$
Carrefour jeunesse de Sainte-Rose	134 749 \$	136 366 \$		136 366 \$
Centre communautaire Val-Martin (CCVM)	137 249 \$		136 366 \$	136 366 \$

	2015- 2016	2016-2017		
		Mission globale	Entente et OSBL	TOTAL
Centre Défi-jeunesse de St-François	134 749 \$	136 366 \$	10 060 \$	146 426 \$
Diapason-Jeunesse	110 210 \$	111 533 \$		111 533 \$
GymnO Laval	79 699 \$	80 655 \$		80 655 \$
Jeunes au travail	144 672 \$	121 108 \$	25 300 \$	146 408 \$
Maison d'hébergement L'Envolée	455 901 \$	461 372 \$		461 372 \$
Maison des jeunes de Laval-Ouest inc.	134 749 \$	136 366 \$		136 366 \$
Maison des jeunes de l'Est de Laval	134 749 \$	136 366 \$		136 366 \$
Maison des jeunes de Sainte-Dorothée	134 749 \$	136 366 \$		136 366 \$
Maison des jeunes du Marigot	140 765 \$	142 454 \$		142 454 \$
Maison de quartier de Fabreville inc. (La)	209 083 \$		214 122 \$	214 122 \$
Maison de quartier Vimont	203 789 \$		203 704 \$	203 704 \$
Mesures alternatives jeunesse de Laval inc.	448 236 \$	453 615 \$		453 615 \$
Oasis, Unité mobile d'intervention	195 920 \$	142 872 \$	55 399 \$	198 271 \$
Office municipal d'habitation de Laval	170 228 \$		130 312 \$	130 312 \$
Travail de rue Île de Laval (T.R.I.L.) inc.	370 279 \$	356 258 \$	18 464 \$	374 722 \$
Sous-total	3 491 369 \$	2 631 244 \$	867 592 \$	3 498 836 \$
SOUTIEN AUX AÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE				
Association pour aînés résidant à Laval (APARL)	228 048 \$	186 354 \$	24 191 \$	210 545 \$
Maison du Marigot (La)	33 689 \$		34 093 \$	34 093 \$
Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA)	439 289 \$	94 887 \$	478 843 \$	573 730 \$
Association des popotes roulantes de Laval (APRL)	114 634 \$	52 287 \$	63 723 \$	116 010 \$
Baluchon Alzheimer	51 065 \$		19 867 \$	19 867 \$
Bonjour aujourd'hui et après inc.	234 774 \$	227 278 \$	10 313 \$	237 591 \$
Centre de bénévolat et moisson de Laval (2)	321 055 \$	261 859 \$	40 106 \$	301 965 \$

	2015- 2016	2016-2017		
		Mission globale	Entente et OSBL	TOTAL
Centre communautaire le Rendez-Vous des Aînés(es) Laval inc.	344 962 \$	181 822 \$	154 279 \$	336 101 \$
Centre d'entraide et de services communautaires du Marigot	244 799 \$	237 423 \$	35 890 \$	273 313 \$
Centre S.C.A.M.A.	372 879 \$	367 040 \$	32 313 \$	399 353 \$
Comité d'animation du troisième âge de Laval (CATAL)	336 288 \$	181 823 \$	158 500 \$	340 323 \$
DIRA-Laval inc.	133 004 \$	113 638 \$	20 962 \$	134 600 \$
Fédération lavalloise des organismes sans but lucratif d'habitation	107 789 \$		109 082 \$	109 082 \$
Groupe d'entraide La Rosée	129 602 \$	102 276 \$	28 881 \$	131 157 \$
Habitations St-Christophe inc. (Les)	18 666 \$		18 890 \$	18 890 \$
Partage Humanitaire	123 494 \$	124 976 \$		124 976 \$
Place des aînés de Laval	45 589 \$	46 136 \$		46 136 \$
Regroupement lavallois des chambres et pensions pour personnes âgées	63 118 \$		63 875 \$	63 875 \$
Service bénévole d'entraide de Vimont-Auteuil (SBEVA)	216 296 \$	208 578 \$	10 313 \$	218 891 \$
Société Alzheimer de Laval 1995	448 744 \$	227 274 \$	226 855 \$	454 129 \$
Sous-total	4 011 462 \$	2 613 651 \$	1 530 976 \$	4 144 627 \$
SANTÉ MENTALE				
Association de loisirs pour personnes handicapées psychiques de Laval (ALPHPL)	274 327 \$	244 322 \$	33 297 \$	277 619 \$
Association I.R.I.S./SUPRAREGIONAL	157 122 \$		159 007 \$	159 007 \$
Association lavalloise de parents pour le bien-être mental inc.	295 313 \$	298 857 \$		298 857 \$
CAFGRAP – Groupe d'entraide en santé mentale de Laval	437 655 \$	365 208 \$	89 699 \$	454 907 \$
Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale (CILL)	1 506 416 \$	423 432 \$	1 156 171 \$	1 579 603 \$
En-Droit de Laval inc. (L')	181 262 \$	183 437 \$		183 437 \$

	2015- 2016	2016-2017		
		Mission globale	Entente et OSBL	TOTAL
Habitations populaires Vincent-Massey inc. (Les)	44 754 \$		45 291 \$	45 291 \$
Ressource ATP, groupes de soutien pour personnes anxieuses et trouble panique (La)	100 318 \$	101 522 \$		101 522 \$
Ilot - Service régional de crise de Laval (L')	1 796 482 \$		1 818 040 \$	1 818 040 \$
Service populaire de psychothérapie (S.P.P.)	255 362 \$	258 426 \$		258 426 \$
Sous-total	5 049 011 \$	1 875 204 \$	3 301 505 \$	5 176 709 \$
SANTÉ PHYSIQUE				
Association du diabète – Laval, Laurentides inc.	91 181 \$	92 275 \$		92 275 \$
Lumi-Vie	179 666 \$	181 822 \$		181 822 \$
Maison de Soins Palliatifs de Laval inc.	907 475 \$		918 365 \$	918 365 \$
Société de Soins Palliatifs à Domicile du Grand Montréal	421 692 \$		105 424 \$	105 424 \$
Sous-total	1 600 014 \$	274 097 \$	1 023 789 \$	1 297 886 \$
SANTÉ PUBLIQUE				
Association amicale des jeunes & parents « Agape » inc.	117 904 \$	119 319 \$	5 651 \$	124 970 \$
Association pour aînés résidant à Laval (APARL)			20 240 \$	20 240 \$
Centre communautaire Val Martin	63 965 \$		69 733 \$	69 733 \$
Centre de bénévolat et moisson Laval (2)			12 255 \$	12 255 \$
Carrefour d'hommes en changement (CHOC)	113 627 \$		114 991 \$	114 991 \$
Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle (CPIVAS) inc.	74 585 \$		75 480 \$	75 480 \$
Enfant d'abord	120 448 \$	96 593 \$	68 927 \$	165 520 \$

	2015- 2016	2016-2017		
		Mission globale	Entente et OSBL	TOTAL
Entraide (Pont-Viau et Laval des Rapides) inc. (L')	35 306 \$		35 730 \$	35 730 \$
Groupe Promo-Santé Laval	79 841 \$	78 386 \$		78 386 \$
Jardin de la famille de Fabreville inc. (Au)	72 989 \$	73 865 \$		73 865 \$
Maison de la famille de Saint-François	46 820 \$		52 442 \$	52 442 \$
Maison de la famille de Laval-Ouest	20 000 \$		20 240 \$	20 240 \$
Maison Dominique	252 654 \$	255 686 \$		255 686 \$
Nourri-Source Laval	46 981 \$	36 068 \$	10 000 \$	46 068 \$
Parentèle de Laval inc. (La)	19 002 \$		19 230 \$	19 230 \$
Regroupement des CPE de Laval	19 687 \$		9 844 \$	9 844 \$
Relais communautaire de Laval (Le)	182 257 \$	164 204 \$	32 384 \$	196 588 \$
Relais de quartier St-Vincent de Paul (Le)	24 830 \$		40 188 \$	40 188 \$
Relais familial d'Auteuil (Le)	18 856 \$		19 082 \$	19 082 \$
Repère, relation d'entraide pour une paternité renouvelée	45 000 \$		45 540 \$	45 540 \$
Sida-Vie Laval	221 133 \$	150 544 \$	68 182 \$	218 726 \$
Sous-total	1 575 885 \$	974 665 \$	720 139 \$	1 694 804 \$
SERVICES GÉNÉRAUX				
Bouclier d'Athéna : Services familiaux (Le)/SUPRARÉGIONAL	102 622 \$		203 853 \$	203 853 \$
Centre communautaire Le Coumbite de Laval	112 291 \$	113 638 \$		113 638 \$
Centre communautaire Petit Espoir	16 286 \$		16 481 \$	16 481 \$
Centre d'écoute de Laval	74 085 \$	74 974 \$		74 974 \$
Centre de bénévolat et moisson Laval (2)	84 360 \$	85 372 \$		85 372 \$
Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle (CPIVAS) inc.	440 681 \$	370 489 \$		370 489 \$
Centre des femmes de Laval	204 250 \$	206 701 \$		206 701 \$

	2015- 2016	2016-2017		
		Mission globale	Entente et OSBL	TOTAL
Centre des Femmes Dynamiques de Laval	33 689 \$	34 093 \$		34 093 \$
Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS)	199 498 \$	201 892 \$		201 892 \$
Carrefour d'hommes en changement (CHOC)	285 693 \$	253 413 \$	35 708 \$	289 121 \$
Corporation de développement communautaire de Laval	135 707 \$	125 191 \$	65 824 \$	191 015 \$
Maison le Prélude inc.	779 224 \$	788 575 \$		788 575 \$
Maison L'Esther inc.	709 306 \$	717 818 \$		717 818 \$
Maison de Lina	716 038 \$	724 630 \$	8 500 \$	733 130 \$
Sous-total	3 893 730 \$	3 696 786 \$	330 366 \$	4 027 152 \$
GRAND TOTAL	22 963 862 \$	13 947 477 \$	9 553 671 \$	23 501 148 \$

Suivi du financement

À l'instar des années précédentes, tous les organismes ont déposé une demande d'aide financière qui a été analysée puis comptabilisée et une reddition de compte annuelle est demandée.

Lors de cette reddition de comptes, le CISSS de Laval s'assure que les organismes communautaires ont remis tous les documents prescrits par le guide du MSSS intitulé *La reddition de comptes dans le cadre de la mission globale, programme de soutien aux organismes communautaires*. Cet exercice constitue le moyen privilégié pour les organismes communautaires, de présenter et de faire valoir leurs pratiques et leurs activités, tout en faisant état de l'utilisation des fonds publics qui leur sont octroyés.

Comité régional sur les organismes communautaires (CROC)

Ce comité régional a poursuivi son travail en 2016-2017. Le CROC a pour mandat d'assurer la mise en application du cadre de référence « L'action communautaire une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise » et de donner aux instances décisionnelles son avis sur les principaux éléments composant le développement communautaire dans le champ de la santé et des services sociaux. Le CROC est composé de huit représentants délégués à part égale par la Corporation de développement communautaire de Laval et le CISSS de Laval.

ANNEXE :

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Adopté au conseil d'administration du 21 janvier 2016

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).

- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen ad hoc, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et les obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

- 8.3 Impartialité
- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
 - Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.
- 8.4 Transparence
- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
 - Partager, avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.
- 8.5 Discrétion et confidentialité
- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
 - Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
 - Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
 - S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.
- 8.6 Considérations politiques
- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.
- 8.7 Relations publiques
- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.
- 8.8 Charge publique
- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
 - Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.
- 8.9 Biens et services de l'établissement
- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
 - a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.
14. Le membre qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

16. Adhésion au code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

- 18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 18.2 Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- 18.3 Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :
 - a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
 - b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent code;
 - c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- 18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- 18.5 Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

- 19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.
- 19.3 Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.

- 19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen de l'annexe VII.
- 19.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.
- 19.6 Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 19.8 Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

- 19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.
- 19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en oeuvre du code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

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

Québec 