

Rapport annuel de gestion

du Centre universitaire de santé McGill

2017-2018



TABLE DES MATIÈRES

1. Message des autorités	3
2. La déclaration de fiabilités des données et des contrôles afférents	6
3. Présentation de l'établissement et les faits saillants	8
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	15
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	38
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	54
7. Les ressources humaines	56
8. Les ressources financières	58
9. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	62
Annexe Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	67



1. Message des autorités

Montréal, le 25 mai 2018

Chers lecteurs,

C'est avec un grand sentiment de satisfaction que nous vous vous présentons le Rapport annuel de gestion du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), conformément à la circulaire 2018-009 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Vous y trouverez notamment les déclarations de fiabilité des données, les états financiers et l'analyse des résultats des opérations pour l'année 2017-2018.

Nous tenons à reconnaître nos équipes et nos partenaires du réseau de la santé pour leur apport inestimable aux accomplissements réalisés au cours de cette période de transition. Grâce à leur dévouement et à leur étroite collaboration, nous avons poursuivi nos activités d'amélioration continue en lien avec notre mission et notre performance. Nous avons aussi poursuivi nos efforts vers l'équilibre budgétaire, accueilli dix nouveaux membres indépendants au conseil d'administration du CUSM, progressé dans le projet de modernisation de l'Hôpital de Lachine, et consolidé les ressources humaines des laboratoires médicaux de la grappe CUSM (Optilab).

Depuis le mois de septembre, nous sommes résolument tournés vers l'avenir, avec l'annonce par le conseil d'administration du processus de recrutement d'un nouveau président-directeur général. En parallèle, l'équipe de direction a concentré son attention sur des activités qui sauront ancrer dans le quotidien de l'organisation, les six orientations stratégiques identifiées dans le rapport des consultations sur l'avenir du CUSM (février 2017). Ces orientations sont : 1. le patient partenaire ; 2. faciliter l'accès à des soins et services hautement spécialisés et de qualité ; 3. agir comme partenaire de confiance au sein du réseau ; 4. repousser les limites de la connaissance ; 5. rallier une communauté engagée ; et 6. viser les plus hauts standards de performance et d'imputabilité.

Au cours de l'année, le CUSM a continué de maximiser l'accès aux soins et aux services spécialisés et surspécialisés, voire hyperspécialisés. De plus, nous avons exploré le thème de la qualité en action dans un système en réseau sous divers angles - par exemple, celui du patient -, lors de la conférence annuelle de l'Institut d'analyse et d'innovation du CUSM. Cette conférence nous a permis d'examiner le rôle des structures et des interactions, les liens entre les ressources institutionnelles et communautaires, les parcours de soins pour les patients éloignés et marginalisés, les écarts entre l'offre et l'accès, ainsi que d'autres aspects susceptibles d'améliorer ou de nuire la qualité des soins et des services.

Poursuivant notre objectif d'atteindre l'équilibre budgétaire, nous avons continué à prioriser les mesures d'optimisation identifiées au cours de la précédente année financière. Grâce aux efforts concertés de nos équipes, nous avons amélioré de façon significative notre performance tout en respectant notre plan clinique; nous sommes très reconnaissants envers nos équipes pour leurs efforts constants.

Nous avons poursuivi notre vaste projet de transformation avec la modernisation de l'Hôpital de Lachine. En février, le gouvernement du Québec a autorisé une augmentation de 26,5 % de l'enveloppe budgétaire; nous disposons désormais de 95 millions de dollars pour l'agrandissement. La phase de réalisation du nouvel édifice a débuté. Cet édifice accueillera les services d'urgence, de soins intensifs et de médecine de jour, ainsi que des unités de soins en médecine, en chirurgie et en soins palliatifs. Le scénario d'implantation retenu a été développé à partir des deux hypothèses avancées au cours des ateliers élaborés selon la démarche Lean; des membres du personnel de l'hôpital, des professionnels de la santé, des planificateurs ainsi que des patients partenaires y ont participé. Non seulement ce scénario respecte les cinq principes directeurs du projet (l'expérience du patient; les soins et les meilleures pratiques; l'environnement et les services de soutien; nos employés; notre hôpital au sein de sa communauté), mais il est également conforme à l'avis de reconnaissance des besoins cliniques émis par le MSSS.

En tant que centre hospitalier universitaire (CHU), l'excellence et l'innovation sont pour nous des incontournables. Nous sommes fiers de voir qu'année après année, nos équipes sont souvent au cœur de percées novatrices importantes. En 2017, le palmarès annuel du magazine *Québec Science*, qui sélectionne les 10 découvertes de l'année depuis 25 ans, a mis en lumière la recherche scientifique de deux médecins du CUSM : la mise au point d'une sonde portative spectroscopique optique multimodale, quasi infallible en chirurgie du cancer, ainsi que la mise au point d'une nouvelle technologie utilisant des enzymes qui empêchent – et peuvent même détruire – la formation de biofilms, soit une importante menace pour les patients. Ces découvertes constituent par ailleurs d'excellents exemples de collaboration interinstitutionnelle au profit de la population puisque Polytechnique Montréal, le Centre de recherche du CHUM, l'Université McGill et l'Hôpital Sick Children (SickKids) y ont contribué.

Notre transformation et notre engagement vers l'amélioration continue se poursuivront au cours des prochains mois et des prochaines années. Avec un conseil d'administration attentionné, l'arrivée le 28 mai dernier d'un nouveau président-directeur général ayant plus de 30 années d'expérience en médecine et en gestion hospitalière, nous avons le vent dans les voiles. Nous sommes confiants que nos employés, professionnels de la santé et chercheurs pourront recentrer leurs efforts à la poursuite de notre mission de CHU en réseau.



Peter Kruyt
Président du conseil d'administration
Centre universitaire de santé McGill



Martine Alfonso
Présidente-directrice générale par intérim
Centre universitaire de santé McGill

2. La déclaration de fiabilités des données et des contrôles afférents

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre universitaire de santé McGill:

- 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 2018.



Dr Pierre Gfeller
Président-directeur général

3. Présentation de l'établissement et les faits saillants

L'établissement

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), établi à Montréal, au Québec, est le centre hospitalier universitaire adulte et pédiatrique affilié à l'Université McGill et l'un des centres hospitaliers universitaires les plus complets en Amérique du Nord. Il intègre l'Hôpital Royal Victoria, l'Hôpital général de Montréal, l'Institut thoracique de Montréal, l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital neurologique de Montréal de même que l'Hôpital de Lachine et le pavillon Camille-Lefebvre.

Le CUSM figure parmi les meilleurs centres hospitaliers universitaires offrant des soins tertiaires et quaternaires (complexes). Fort du leadership médical de ses hôpitaux fondateurs, le CUSM offre des soins multidisciplinaires, d'une qualité exceptionnelle, centrés sur les besoins du patient et dans un environnement bilingue. Affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill, le CUSM contribue à l'évolution de la médecine pédiatrique et adulte en attirant des sommités cliniques et scientifiques du monde entier, en évaluant les technologies médicales de pointe et en formant les professionnels de la santé de demain. Le CUSM est le principal pôle de développement et de transfert de connaissances par ses activités intégrées de soins, d'enseignement, de recherche, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, ainsi que de qualité et d'expérience patient. Nous avons 12 018 employés, 1 356 médecins et 1 499 bénévoles.

Le CUSM est fier de la qualité et de la rigueur de la formation clinique et scientifique qu'il dispense. Durant l'année 2017-2018, le CUSM a reçu et formé 1 243 résidents, pharmaciens et Fellows, 1 878 infirmier(e)s, 720 étudiants en médecine, 385 étudiants de programmes techniques et professionnels. Les programmes de formation continue font également partie intégrante de la prestation de soins excellents aux patients. Tous les médecins du CUSM sont nommés professeurs à la Faculté de médecine de l'Université McGill.

L'Institut de recherche du CUSM est un centre de recherche de réputation internationale et le troisième plus important établissement de recherche au Canada dans le domaine des sciences médicales et des sciences de la vie selon Research Infosource. Il accueille plus de 1 700 chercheurs, étudiants, postdoctorants et fellows. Ses laboratoires sont au service de plus de 1 800 projets de recherche fondamentale, évaluative et clinique.

Notre mission se définit comme suit :

- Offrir des soins spécialisés et complexes d'une qualité exceptionnelle et empreints de compassion à notre clientèle adulte et pédiatrique ainsi qu'à leur famille;
- Repousser les limites de la connaissance médicale par le biais de la recherche et intégrer ces nouvelles connaissances à nos pratiques cliniques et académiques ;
- Dispenser un enseignement de qualité en sciences de la santé aux professionnels de la santé, aux administrateurs ainsi qu'à l'ensemble de la communauté ; et
- Évaluer l'introduction, l'acquisition et l'utilisation de nouvelles technologies en santé, de même que les méthodes d'organisation et de prestation des services.

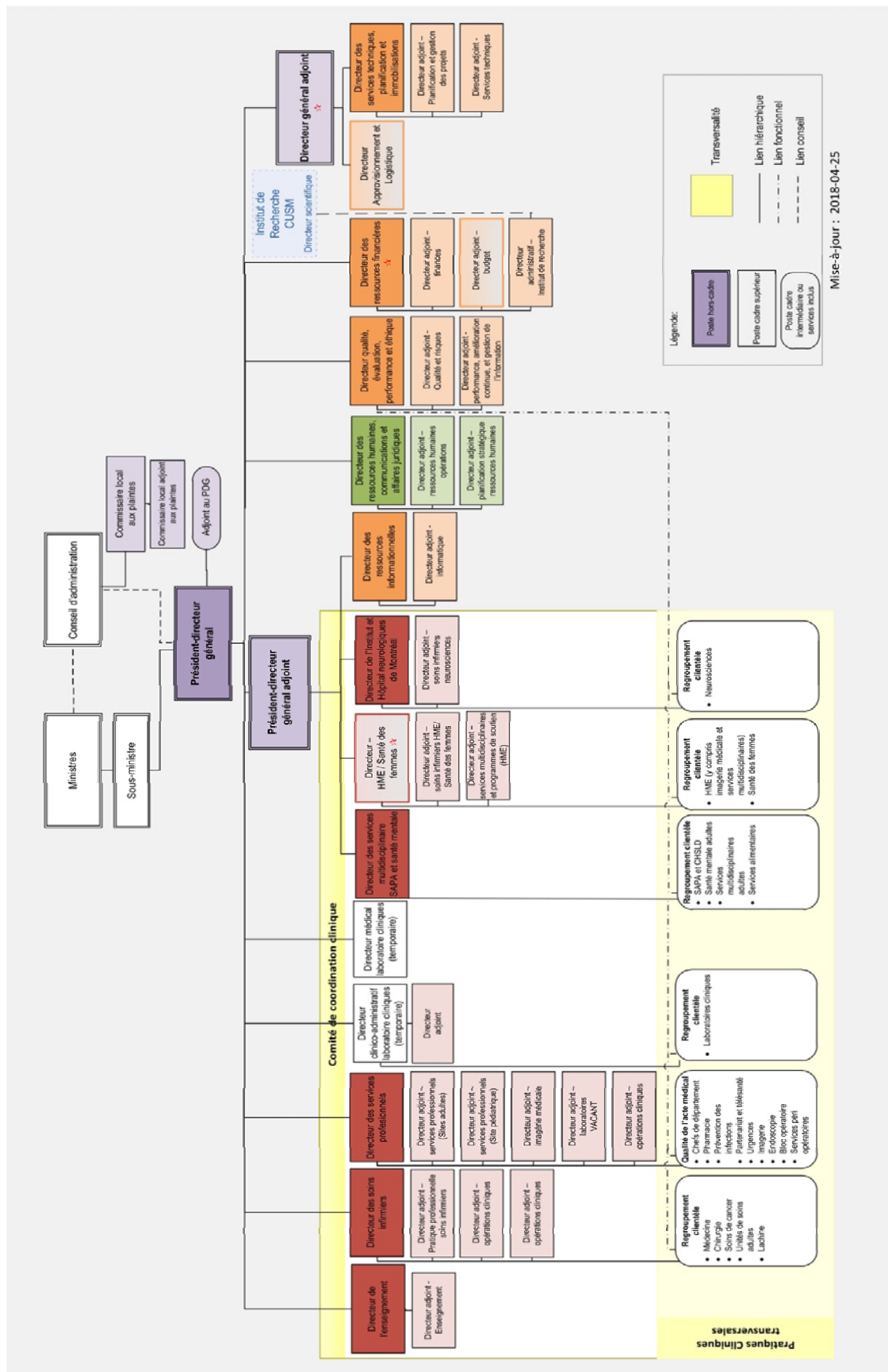
RUIS-McGill

Le CUSM est le centre hospitalier universitaire (CHU) du réseau universitaire intégré de santé McGill (RUIS McGill). Les régions affiliées au RUIS McGill sont notamment l'Ouest de Montréal, l'Ouest de la Montérégie, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, le territoire Cri, le Nord-du-Québec et le Nunavik. Ces territoires représentent une population de 1,8 million d'habitants répartie sur 953 500 kilomètres carrés. Le RUIS McGill coordonne les services de santé tertiaires ainsi que les activités d'enseignement et de recherche sur son territoire et il fournit des soins spécialisés et des activités de formation aux régions.

Optilab

Finalement, le CUSM a le privilège d'avoir été identifié comme laboratoire serveur pour les établissements de la grappe Montréal-CUSM (regroupement de laboratoires) dans le contexte d'Optilab. Le CUSM agit comme laboratoire serveur pour le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

L'organigramme



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

Conseil d'administration du CUSM

Membres indépendants:

M. Peter Kruyt – Président
Dr. Sarah Prichard – vice-présidente
M. Deep Khosla
Mme Dale MacCandlish-Weil
M. James Cherry
M. Thomas Pitfield
M. Michal Kuzmicki
M. Kevin O'Farrell
Mme Mary-Anne Carignan
Mme Samira Sakhia

Membres nommés

Mme Suzanne Fortier - Université affiliée

Membres désignés

Dr. Olivier Court - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M. André Bonnici - Comité régional sur les services pharmaceutiques
M. Alain Biron - Conseil des infirmières et infirmiers
Mme Patricia Noël - Conseil multidisciplinaire
Mme Seeta Ramdass - Comité des usagers

Membre observateur (aucun droit de vote)

M. Bruce Shadeed – Fondation

Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration

Le code d'éthique précité est publié en annexe. Au cours de l'année courante, aucun cas traité ou manquement n'a été soumis au comité de gouvernance et d'éthique ou au conseil d'administration.

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comités

Comité de gouvernance et d'éthique
Comité de vigilance et de la qualité
Comité de vérification
Comité des usagers
Comité de liaison de Lachine
Comité de gestion des risques
Comité de révision

Conseils et instances consultatives

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Conseil des infirmières et infirmiers
Conseil multidisciplinaire
Conseil pour les services aux enfants et aux adolescents
Conseil du personnel non-clinique
Conseil consultatif (Neuro)

Les faits saillants

Québec Science dévoile le prix du public Découverte de l'année!

Une sonde anti-cancer conçue par une équipe de chercheurs incluant Kevin Petrecca, de l'Institut et hôpital neurologiques de Montréal et du CUSM, remporte le prix du public Découverte de l'année du magazine Québec Science.

Première au CUSM : un patient se fait implanter un nouveau défibrillateur cardiaque

Les médias étaient présents à l'Hôpital général de Montréal le 16 juillet pour interviewer le Dr Vidal Essebag et un patient. Le Dr Essebag et son équipe ont mis en place le premier défibrillateur thérapeutique de resynchronisation cardiaque (CRT-D) compatible avec l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du corps entier. Le CRT-D est une avancée majeure dans le traitement des patients atteints d'une grave maladie coronarienne, affirme le chirurgien Vidal Essebag, directeur de l'électrophysiologie cardiaque au CUSM. Il faut recourir à l'imagerie médicale pour examiner les cicatrices et les zones endommagées du cœur qui sont susceptibles d'être responsables d'arythmies (un battement cardiaque irrégulier), ajoute le docteur Essebag, qui a utilisé le nouvel appareil implantable dans le cadre d'une opération à l'Hôpital général de Montréal. Sur le sujet : les nouvelles de The Montreal Gazette, Radio-Canada, CTV et TVA Nouvelles

Premier enfant au monde à utiliser le protoxyde d'azote à la maison pour l'aider à soulager la douleur

Evan Prescott est né avec une épidermolyse bulleuse, une maladie génétique rare qui se caractérise par la formation d'ampoules sur la peau. En un jour, le corps d'Evan peut se couvrir d'au moins dix ampoules que ses parents nettoient, percent et vident deux fois par jour. La Dre Hema Patel, directrice du Service de soins complexes à l'Hôpital de Montréal pour enfants, et le Dr Pablo Ingelmo, directeur du Service de douleur chronique, ont cherché un moyen de soulager la douleur ressentie par Evan lorsqu'on le soigne. Le Dr Ingelmo en est venu à la conclusion que la seule option était le protoxyde d'azote, mieux connu comme « gaz hilarant ». Sur le sujet : un reportage de CTV.

Le CUSM apporte la réalité augmentée dans la salle d'opération

Un nouvel appareil utilisant la réalité augmentée et la réalité mixte aide les chirurgiens à positionner leurs instruments en temps réel chez des patients qui ont besoin d'une chirurgie de l'oreille, du nez ou de la gorge. Le Dr Marc Tewfik, directeur de la division de rhinologie au CUSM et professeur adjoint au Département d'otorhinolaryngologie de l'Université McGill, a effectué la première opération à l'aide de ce système de navigation unique et hautement avancé. Sur le sujet : les reportages de TVA, CTV et CBC.

L'exercice ou le repos après une commotion?

Le repos est souvent le traitement de première ligne recommandé après une commotion. Toutefois, depuis quelques années, le repos complet en attendant la guérison ne va plus de soi. L'activité physique est désormais considérée comme un volet acceptable du plan de traitement global, particulièrement dans les quelques jours suivant l'incident. Pour des spécialistes des commotions comme le Dr Scott Delaney, médecin d'urgence et médecin sportif au Centre universitaire de santé McGill, l'idée selon laquelle l'exercice n'est pas aussi néfaste qu'on peut le croire n'est pas vraiment nouvelle. Sur le sujet : un article de The Montreal Gazette.

Un institut de McGill veut être à l'avant-garde de la science ouverte

Depuis 2016, l'Université McGill a fait de l'Institut et hôpital neurologiques de Montréal le tout premier centre de recherche au monde à se consacrer à la science ouverte. En collaboration avec la communauté scientifique locale spécialisée en intelligence artificielle, le Neuro aide à faire de Montréal un leader mondial dans le mouvement de démocratisation de la recherche scientifique. Sur le sujet : les reportages de Global et Radio-Canada

Diabète et hypertension pendant la grossesse : des facteurs de risque pour la mère et pour le père

Une étude dirigée par les Dres Kaberi Dasgupta et Romina Pace, scientifiques à l'Institut de recherche du CUSM révèle que la présence chez la femme enceinte de diabète et d'hypertension augmente significativement le risque qu'elle en souffre après sa grossesse. Mais l'étude publiée dans the American Journal of Epidemiology ne s'en tient pas aux risques encourus par la mère. Elle révèle que la présence chez la femme enceinte de l'une des deux conditions, mais surtout des deux, augmente également les risques pour le père. Sur le sujet : des entrevues avec la Dre Dasgupta sur Radio-Canada International, CBC 88.5 FM, et CJAD 800 AM, ainsi que des articles dans La Presse et sur le Web.

Mettre K. O les maladies nosocomiales

Le Dr Don Sheppard et son équipe du programme des maladies infectieuses et immunité en santé mondiale à l'Institut de recherche du CUSM et à l'Université McGill ont mené des travaux novateurs afin de « mettre K. O. les maladies nosocomiales! ». Ils ont mis au point une nouvelle technologie à base d'enzymes empêchant la formation de l'enveloppe protectrice (biofilm) des champignons responsables des infections nosocomiales en milieu hospitalier. Sur le sujet : un reportage de Télé-Québec.

Détecter l'Alzheimer grâce à une technique non invasive

L'équipe de Christine Tardif au Neuro a fait une découverte qui pourrait un jour permettre la mise au point d'un test de dépistage non invasif de la maladie d'Alzheimer auquel les spécialistes pourraient avoir recours avant l'apparition des symptômes cognitifs. Sur le sujet : des articles dans McGill Reporter, Techno-Science et Santé Magazine.

Pourquoi manger des protéines est-il si important pour les aînés?

La perte de muscles est une conséquence inévitable du vieillissement qui peut engendrer une certaine fragilité, des chutes ou des problèmes de mobilité. Manger des protéines en quantité suffisante est un moyen de remédier à cet état de fait. Mais il semblerait que les répartir également aux trois repas serait par ailleurs associé à une plus grande masse et force musculaire, chez les aînés. Ce sont les conclusions d'une étude menée par la Dre Stéphanie Chevalier, scientifique à l'Institut de recherche du CUSM. Sur le sujet : une entrevue avec la Dre Chevalier à CTV et un article de L'Actualité.

Simulateur d'IRM aide à réduire la sédation chez les jeunes enfants

La Dre Christine Saint-Martin, radiologue pédiatre, et Johanne L'Écuyer, technologue en chef à l'Hôpital de Montréal pour enfants, mènent un projet visant à diminuer le taux d'anesthésie chez les enfants devant subir des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM). En temps normal, les enfants de moins de six ans qui passent un examen d'IRM doivent être mis sous sédation pour qu'ils ne bougent pas pendant l'examen; mais l'acquisition d'un simulateur d'IRM par l'HME a permis de réduire le nombre d'enfants mis sous sédation. Sur le sujet : un article de La Presse.

De 500 crises par jour à zéro grâce à une alimentation riche en gras

Tiana Raposo a reçu un diagnostic d'encéphalite à anticorps antirécepteurs NMDA, une maladie neurologique auto-immune grave et très rare. Elle a passé plus de sept mois à l'unité de soins intensifs pédiatriques de l'Hôpital de Montréal pour enfants. Tiana était dans un état de conscience minimal, et elle pouvait avoir jusqu'à 500 crises par jour. Son neurologue avait, à certaines occasions, proposé le régime cétogène comme traitement à des enfants chez qui l'épilepsie était difficile à contrôler. Après quatre semaines de ce régime, sa famille a observé un grand changement chez Tiana. Elle était devenue plus alerte, elle n'avait plus de convulsions et elle redevenait peu à peu elle-même. Sur le sujet : un article de La Presse.

Un chercheur du CUSM reprogramme des cellules pour lutter contre la tuberculose

Une équipe de chercheurs canadiens pourrait avoir découvert une nouvelle façon de combattre la tuberculose en apprenant à reprogrammer les cellules immunitaires du corps afin de tuer les bactéries envahissantes de la tuberculose, selon une nouvelle étude publiée en ligne dans la revue Cell. Sur le sujet : une entrevue avec le scientifique de l'IR-CUSM Dr Maziar Divangahi sur Radio-Canada International

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

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

RÉSULTATS À L'ÉGARD DES ATTENTES SIGNIFIÉES (ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2017-2018 – CHAPITRE III)

Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
Coordination réseau et ministérielle			
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux Formulaire GESTRED N° 9083	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : • maintenir en fonction un responsable du processus ayant Réalisé le programme de formation; • compléter la phase d'établissement du contexte du processus; • compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	Réalisé	
Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C. A. et ensuite transmis par courriel.	Reporté par le MSSS	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.
État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	Réalisé	

Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
Financement, infrastructures et budget			
Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	Réalisé	
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	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.	Réalisé	
Santé publique			
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN) Formulaire GESTRED N° 10516	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 le comité sont précisés dans le document <i>« Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».</i>	Réalisé	

Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
Services de santé et de médecine universitaire			
État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Réalisé	
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	Réalisé	
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Réalisé	
Organisation cohérente du continuum de services spécialisés de santé mentale dans le réseau territorial de services (RTS) du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Contribuer à la mise en place d'une offre de services cohérente de services spécialisés de santé mentale dans le territoire de RTS du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en appliquant intégralement les mesures définies par le MSSS et les partenaires selon les délais établis.	Réalisé	

Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
Services de santé et de médecine universitaire (suite)			
Investissements en santé mentale dans l'établissement	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.	Réalisé	
Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	Réalisé	
Organisation et harmonisation des soins et des services en santé mentale à Montréal	Collaborer activement aux travaux régionaux portant sur l'organisation et l'harmonisation des soins et des services en santé mentale et en psychiatrie légale à Montréal. À ce titre, mettre en place les actions locales et régionales définies dans les travaux ministériels, réaliser le suivi et la reddition de comptes prévus au regard de ces actions et atteindre les objectifs fixés selon les échéanciers établis.	Réalisé	
Services sociaux			
Plan d'intervention - usagers hébergés en CHSLD public Formulaire GESTRED N ^{os} 584	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.	Réalisé	

Titre de l'attente	Description	État de réalisation	Commentaires
Services sociaux (suite)			
Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail Formulaire GESTRED N° 10412	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	Réalisé	
ADDENDA - Mesures alternatives et bonnes pratiques des établissements non fusionnés pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA. .	Les établissements non fusionnés, de par leur mission suprarégionale, ont un champ d'action différent des centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) qui ont une responsabilité populationnelle. Ils ont des responsabilités dans la prévention et réduction des NSA et dans la collaboration avec les CISSS et CIUSSS. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.	Réalisé	
ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA .	Produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés. Exceptionnellement, le gabarit Excel faisant état des résultats pour le respect des délais d'attente doit être transmis par courriel.	Réalisé	
ADDENDA Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	Réalisé	

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

RÉSULTATS À L'ÉGARD DES ATTENTES SIGNIFIÉES (ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2017-2018 – CHAPITRE IV)

Légende : Pourcentage d'atteinte de la cible			< 90%	≥ 90%	100 (+/-2)
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)	
Santé publique - Infections nosocomiales					
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	75,0	72,9	75,0	L'engagement n'est pas atteint, cependant le résultat s'est amélioré de 6% par rapport à l'année 2016-17, passant de 69% à 72,9% en 2017-18. Le déploiement du programme « Contrôle spécifique des infections – stratégies de succès » (CSISS) se poursuit. Mis en place en 2016, ce programme vise à faciliter l'implantation des pratiques de prévention optimales et sécuritaires auprès du personnel de soins. Une équipe soutient le personnel et standardise les outils. La coordination du programme est sous la gouverne d'un comité dans lequel des patients partenaires, des membres des syndicats, des représentants des équipes de soins et de soutien sont impliqués. Une des composantes principales du programme est l'utilisation des données d'audit pour améliorer les pratiques des équipes de soins. Le déploiement de ce programme se poursuit ce qui permet d'optimiser la réalisation des audits grâce à l'utilisation de tablettes électroniques et d'implanter un forum de diffusion et de communication régulière (caucus) où les résultats sont revus en équipe sur les unités de soins. Le suivi fréquent et régulier des résultats permet d'analyser les résultats et d'identifier des opportunités d'amélioration par le personnel permettant de les mettre en place par la suite. Les équipes de soins utilisent l'approche de PDSA pour améliorer de façon continue la situation. Le roulement important et régulier du personnel sur les unités de soins contraint les effets positifs liés à la formation ainsi qu'à l'appropriation de la démarche au sein des équipes. D'autre part, les ressources limitées au sein de l'équipe de soutien ainsi que les multiples projets et priorités organisationnelles concurrentes représentent un défi constant en regard de l'objectif visé.	

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé publique - Infections nosocomiales (suite)				
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	100,0	100,0	100,0	La cible est atteinte. Bien que la cible est atteinte pour les diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD), le taux à l'Hôpital général de Montréal (HGM) a augmenté depuis l'année dernière et n'atteint pas la cible de 6,8 infections / 10 000 jours-présence, avec un taux annualisé de 8,69 infections / 10 000 jours-présence (l'écart à la cible n'étant pas statistiquement significatif, le résultat est jugé conforme au taux établi). Cependant, dû à ses caractéristiques particulières, les résultats de l'HGM devraient plutôt être comparés aux taux des centres hospitaliers universitaires (CHU) majeurs au Québec, et non pas, comme c'est le cas présentement, à des taux de centres hospitaliers de soins primaires, secondaires ou tertiaires hyperspécialisés à faible risque de diarrhées au Clostridium difficile (DACD), tels que l'Hôpital de Lachine, l'Hôpital neurologique de Montréal (HNM), l'Institut de cardiologie de Montréal, etc. L'HGM est un centre de traumatologie tertiaire, un centre de référence pour les maladies inflammatoires de l'intestin, de chirurgies coliques majeures et tertiaires pour l'orthopédie, incluant l'orthopédie oncologique et les chirurgies de fusion vertébrale et thoracique. L'HGM présente une unité de soins intensifs de 22 lits ainsi qu'une unité de médecine interne de 50 lits. Nonobstant ceci, les infrastructures actuelles à l'HGM posent un défi supplémentaire. En effet, il y a une proportion élevée de chambres à quatre lits. De plus, la salle d'urgence est vétuste et inadéquate pour permettre le respect des mesures de prévention de base favorisant ainsi une contamination croisée inévitable. Il existe peu de chambres individuelles disponibles alors que les besoins y sont élevés en raison de l'incidence élevée de DACD et d'Entérocoques Résistants à la Vancomycine (ERV). L'impact de ces déficiences immobilières est important et se distingue défavorablement lorsque le taux est comparé aux autres taux d'incidence des centres adultes du CUSM. L'Hôpital Royal Victoria (HRV) au Glen, l'Hôpital de Lachine

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé publique - Infections nosocomiales (suite)				
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (suite)				et l'HNM atteignent largement leurs cibles avec les mêmes programmes de prévention en place, soit : un programme d'antibiogouvernance, un programme d'amélioration de la qualité pour le nettoyage et la désinfection des équipements, ainsi qu'un programme de promotion de l'hygiène des mains. Des plans fonctionnels et techniques ont été établis pour rénover certaines unités de l'HGM et sont en attente de financement. De nouvelles technologies sont également à l'essai pour améliorer l'hygiène et la salubrité, mais les infrastructures déficientes (chambre de 3 ou 4 personnes) limitent leur utilisation et leurs effets.
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100,0	60,0	100,0	La cible n'est pas atteinte. La non-atteinte de la cible s'explique par un bris de processus dans la déclaration à l'INSPQ. Un des cinq cas a été déclaré initialement à l'INSPQ comme étant une infection nosocomiale alors qu'il a été reclassé localement comme étant non-nosocomiale. Cependant, la fiche n'a pas été subséquemment mise à jour sur le site de l'INSPQ. Avec cette correction, la performance est favorable et s'explique par un dépistage rigoureux à l'admission, la mise en place rapide des précautions de contact chez les cas identifiés, ainsi que les dépistages périodiques sur les unités à haut risque (unité de soins intensifs pédiatrique, de neurologie, et d'hémo-oncologie). À l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'engagement est non atteint pour le taux de bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline avec 0.23 infections/10 000 jours-présence. Ceci s'explique par une bactériémie secondaire à une pneumonie à l'USIP chez une patiente provenant du Nunavik (région avec taux d'incidence de SARM élevé). Le dépistage SARM chez cette patiente n'a été fait que plus de 48 heures après l'admission. Or, s'il avait été effectué à l'admission, il aurait fort

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé publique - Infections nosocomiales (suite)				
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (suite)				probablement révélé que la patiente était déjà colonisée. Cependant, l'infection comme telle était nosocomiale, mais il aurait été difficile de la prévenir puisqu'il s'agissait d'une bactériémie secondaire.
1.01.19.04-PS Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	100,0	75,0	100,0	L'engagement n'est pas atteint par l'unité de dialyse de l'Hôpital Royal Victoria au site Glen, avec un taux de 0.68 / 100 patients-mois. Le risque de bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse est huit fois plus élevé avec une dialyse par cathéter. Ce résultat s'explique par la haute proportion de patients dialysés par cathéter (près de 86%) au lieu de fistule. Ceci s'explique aussi en partie par le transfert, lors de la fermeture de l'unité de dialyse de l'Hôpital Royal Victoria en 2016, des patients les plus complexes à l'HRV du site Glen, et des patients les moins complexes à l'Hôpital de Lachine. Les cas complexes sont à risque plus élevé puisqu'ils requièrent plus souvent des accès par cathéter. Le CUSM poursuit les travaux afin d'accroître la proportion de patients dialysés par fistule. À l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'engagement est atteint avec 0 infections/ 100 patients-mois reflétant la continuation de l'excellence des soins de cathéters centraux au sein de cette unité.
1.01.19.03-EG2 Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100,0	100,0	100,0	L'engagement est atteint et le résultat est stable pour les années 2016-2017 et 2017-2018. Un programme d'amélioration de la qualité des soins des cathéters centraux a été mis en place à l'hiver 2017. Ce dernier comprend des audits de maintenance, l'identification de problèmes, de la formation en maintien des cathéters centraux et des audits de suivi.

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100,0	100,0	100,0	L'engagement est atteint. Pour les composantes 1, 2, et 6, le résultat s'est amélioré passant de 0% en 2016-17 à 100% en 2017-18 pour les trois sites visés, soit l'Hôpital général de Montréal (HGM), l'Hôpital Royal Victoria (HRV) et l'Hôpital de Lachine (LACH). Une amélioration est aussi à noter pour les composantes 3, 4 et 5 où le résultat est passé de 0% en 2016-17 à 33,3% à 2017-18 pour les mêmes trois sites.
1.03.07.02-PS Les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	33,3	33,3	66,6	L'année 2017-18 a été très active en ce qui a trait à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) au CUSM. Grâce à un engagement organisationnel complet et un ajout de ressources, une nouvelle approche basée sur l'amélioration de la qualité et l'enseignement continu de l'AAPA, la cible a été atteinte sur tous les sites. Plus spécifiquement, l'AAPA fait maintenant partie des projets organisationnels et est soutenu par l'ensemble du CUSM. Une équipe est dédiée au projet depuis novembre 2016 et une structure de gouvernance impliquant l'ensemble des parties prenantes a été mise en place pour soutenir la démarche. Sur les sites, chaque unité suit sa performance en effectuant des mesures de qualité dont les résultats sont affichés et discutés en équipe chaque semaine. Un nouveau processus d'implication des équipes de soins interprofessionnelles est en cours et indique déjà des résultats conformes aux attentes. Il est à noter que le nombre d'unités de soins ciblées à l'Hôpital général de Montréal (HGM) a été réduit de 9 à 8.

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé mentale				
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	45,0	54,0	45,0	L'engagement est atteint. Il n'y avait pas d'engagement pour cet indicateur en 2016-17. L'équipe procède actuellement à la prise en charge graduelle des patients à raison d'un patient additionnel par semaine pour maintenir sa lancée. Malgré des ressources humaines limitées soit six intervenants comparativement à la norme préconisée par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) où dix ressources sont habituellement nécessaires, l'équipe a pu atteindre la cible. Toutefois, la charge de travail limite l'efficacité des services, spécialement en regard des objectifs suivants : (1) sensibiliser la communauté à la psychose ; (2) transférer la connaissance ; (3) assurer l'intervention intensive et de proximité dans le milieu de vie de la personne, entres autres. Le CUSM poursuit également la mise en place des actions visées pas le plan d'action en amélioration des services en psychiatrie.
Santé physique - Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,0	14,7	12,0	L'engagement n'est pas atteint, toutefois notons que le résultat 2017-18 est comparable à celui de l'année précédente. Les mesures suivantes poursuivent leur implantation : - la mise en place du processus de planification précoce et conjointe du congé afin de réduire le temps d'attente sur civière ; - la révision des pratiques cliniques afin d'améliorer le flux de patient à l'intérieur de la salle d'urgence ; - la mise en place d'un portfolio de projets en lien avec la trajectoire des patients requérant un niveau de soins alternatifs (NSA) pour améliorer la fluidité de la trajectoire et conséquemment, l'accessibilité aux lits occupés par ces patients ; - le travail de collaboration avec les établissements partenaires pour orienter les patients NSA vers les milieux de soins appropriés dans les délais

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique – Urgence (suite)				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (suite)				appropriés. Le déficit chronique de lits disponibles et l'occupation des lits par des patients NSA ont un impact sur la durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence pour les patients en attente d'admission. Le volume de patients à l'urgence a augmenté de 7% à l'Hôpital Royal Victoria (HRV) au site Glen passant de 44 753 en 2016-2017 à 48 064 en 2017-2018 et ce, sans ajout de ressources supplémentaires. À l'Hôpital général de Montréal (HGM), le manque d'effectif médical s'avère la cause principale qui contraint l'atteinte de l'engagement. Un autre facteur contributif est l'accès à la radiologie dans les délais requis, ce qui entraîne des délais importants.
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	74,2	60,0	74,2	L'engagement n'est pas atteint, toutefois le résultat a diminué de 7% en comparaison à l'année 2016-17, passant de 64,7% à 60% en 2017-18. Les mesures suivantes sont mises en place: - réorientation des cas moins urgents (P4 et P5) vers les cliniques partenaires du CUSM ; - mise en place d'un groupe de travail interdisciplinaire pour améliorer la performance des salles d'urgence ; - révision des pratiques cliniques afin d'améliorer la fluidité de la trajectoire patient au sein de l'urgence. Pour la clientèle pédiatrique de l'Hôpital Montréal pour enfants (HME), les mesures spécifiques suivantes sont implantées : - mobilisation des ressources à l'urgence vers les patients de cas complexes (catégorie 1, 2 et 3), suite à la baisse du volume des visites en ambulatoire ; - optimisation de la trajectoire-patient, grâce à un ajustement des lits selon la saisonnalité ; - diminution des délais de transfert entre l'urgence et les étages ; - partenariat avec le Ministère de la Santé

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique – Urgence (suite)				
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 (suite)				et des Services sociaux (MSSS), les ressources intermédiaires et les ressources de type familial pour réduire le nombre de patients requérant un niveau de soins alternatifs (NSA). Les facteurs identifiés expliquant la détérioration du résultat sont l'augmentation des cas complexes et le manque de disponibilité de lits en période virale. Par ailleurs, le volume de patients à l'urgence a augmenté de 7% à l'Hôpital Royal Victoria (HRV) au site Glen passant de 44 753 en 2016-2017 à 48 064 en 2017-2018 et ce, sans ajout de ressources supplémentaires. À l'Hôpital général de Montréal (HGM), le manque d'effectif médical s'avère la cause principale qui contraint l'atteinte de l'engagement.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	68,3	44,8	68,3	L'engagement n'est pas atteint, toutefois le résultat a diminué de 11% en comparaison à l'année 2016-17, passant de 50,4% à 44,8% en 2017-18. Les mesures suivantes sont mises en places : - réorientation des cas moins urgents (P4 et P5) vers les cliniques partenaires du CUSM ; - mise en place d'un groupe de travail interdisciplinaire pour améliorer la performance des salles d'urgence ; - révision des pratiques cliniques afin d'améliorer la fluidité de la trajectoire patient au sein de l'urgence. Pour la clientèle pédiatrique de l'Hôpital Montréal pour enfants (HME), les mesures spécifiques suivantes sont implantées : (i) mobilisation des ressources à l'urgence vers les patients de cas complexes (catégorie 1, 2 et 3), suite à la baisse du volume des visites en ambulatoires ; (ii) optimisation de la trajectoire-patient, grâce à un ajustement des lits selon la saisonnalité ; (iii) diminution des délais de transferts entre l'urgence et les étages ; partenariat avec le MSSS, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial pour réduire le nombre de

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique – Urgence (suite)				
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures (suite)				patients requérant un niveau de soins alternatifs (NSA). Les facteurs identifiés expliquant la détérioration du résultat sont l'augmentation des cas complexes et le manque de disponibilité de lits en période virale. D'autre part, le volume de patients à l'urgence a augmenté de 7% à l'HRV au site Glen passant de 44 753 en 2016-2017 à 48 064 en 2017-2018 et ce, sans ajout de ressources supplémentaires. À l'HGM, le manque d'effectif médical s'avère la cause principale qui contraint l'atteinte de l'engagement.
Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie				
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	17,0	17,0	17,0	L'engagement est atteint. Le résultat de cet indicateur a augmenté de 13% comparativement à 2016-17, passant de 15 à 17 en 2017-18. L'atteinte de l'engagement a été rendu possible grâce à l'approbation ministérielle liée à l'ouverture de deux lits de soins palliatifs au site Glen – Hôpital Royal Victoria (HRV).

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique – Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	247	0	L'engagement n'est pas atteint. Toutefois, notons que le résultat s'est amélioré de 5% par rapport à l'année 2016-17, passant de 260 à 247 en 2017-18. Le CUSM s'est doté à l'automne 2017 d'un comité spécifique pour le suivi des listes d'attente. Ce comité se réunit de façon bimensuelle afin de faire le point sur les listes d'attente, les patients en attente depuis plus d'un an ainsi que les listes d'attente en oncologie. Les processus d'épuration des listes ont été bonifiés et sont suivis par le comité. L'analyse des patients en attente est effectuée de façon continue. Pour la majorité des chirurgiens, il s'agit d'un ou deux cas. Un rappel est fait auprès de ces patients afin que ces cas soient planifiés pour des interventions. De plus, le CUSM implante un guichet centralisé pour la planification chirurgicale (« Centralized Operating Room Booking », CORB). Les travaux sont en cours pour le déploiement dans toutes les spécialités. Le nombre de patients en attente de plus d'un an est plus élevé chez certains chirurgiens notamment en: plastie à l'Hôpital Royal Victoria (HRV), et en ophtalmologie et orthopédie à l'Hôpital général de Montréal (HGM). Pour ceux-ci une approche individualisée est en cours. En ophtalmologie, par exemple, le CUSM a facilité l'accès à certains dispositifs pour le traitement du glaucome. Pour d'autres spécialités, l'accès au plateau technique d'une clinique privée, est offert.
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	43,5	90,0	L'engagement n'est pas atteint, par contre, le résultat a diminué de 15% par rapport à l'année 2016-17, passant de 51,5% à 43,5% en 2017-18. Le CUSM s'est toutefois doté à l'automne 2017 d'un comité spécifique pour faire le suivi des listes d'attente. Ce comité se réunit de façon bimensuelle afin de faire le point sur les listes d'attente, les patients en attente depuis plus d'un an ainsi que les listes d'attente en oncologie. Les processus d'épuration des listes ont été bonifiés et sont suivis par le comité. L'analyse des patients

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique – Chirurgie (suite)				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) (suite)				en attente est effectuée de façon continue. Les processus d'inscription sur la liste d'attente oncologique ont été révisés afin de clarifier les règles d'inscription et corriger les cas qui s'y retrouvent. Pour certains services, un plan d'action a été élaboré afin d'améliorer l'accès à la chirurgie. Du temps flexible est offert afin de permettre de répondre aux fluctuations des listes d'attente en oncologie, aux autres priorités organisationnelles ou à certains patients individuels. La Directrice des services professionnels (DSP) fait le point de façon hebdomadaire avec la gestionnaire du système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASSS) et du bloc opératoire (OPERA) ainsi qu'avec la coordonnatrice clinico-administrative en oncologie de la liste SIMASSS. Lorsque requis, des rappels sont envoyés par la DSP aux chirurgiens. Une contrainte importante pour l'atteinte de la cible de 90% pour les patients traités par chirurgie oncologique dans des délais inférieur ou égal à 50 jours s'avère l'accès aux lits chirurgicaux. Le nombre de lits réguliers (excluant les lits de soins intensifs) occupés par les admissions non planifiées ne cesse d'augmenter, passant de 113 à 135 entre 2016-2017 et 2017-2018 (soit 19% d'augmentation) ce qui a pour effet de diminuer l'accès aux lits pour les cas planifiés. Pour l'Hôpital général de Montréal (HGM), ce nombre a diminué de 17%, passant de 35 en 2016-17 à 29 en 2017-18 tandis que pour l'Hôpital Royal Victoria (HRV) ce nombre a diminué de 26%, passant de 62 à 46 pour ces deux mêmes années. Malgré ceci, les équipes cliniques travaillent en continue afin d'améliorer la trajectoire patient en implantant des cheminements cliniques optimisés pour maximiser l'utilisation des lits.

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique – Chirurgie (suite)				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100,0	80,5	100,0	L'engagement n'est pas atteint, par contre, le résultat a diminué de 3% par rapport à l'année 2016-17, passant de 83,4% à 80,5% en 2017-18. Le CUSM s'est toutefois doté à l'automne 2017 d'un comité spécifique pour faire le suivi des listes d'attente. Ce comité se réunit de façon bimensuelle afin de faire le point sur les listes d'attente, les patients en attente depuis plus d'un an ainsi que les listes d'attente en oncologie. Les processus d'épuration des listes ont été bonifiés et sont suivis par le comité. L'analyse des patients en attente est effectuée de façon continue. Les processus d'inscription sur la liste d'attente oncologique ont été révisés afin de clarifier les règles d'inscription et corriger les cas qui s'y retrouvent. Pour certains services, un plan d'action a été élaboré afin d'améliorer l'accès à la chirurgie. Du temps flexible est offert afin de permettre de répondre aux fluctuations des listes d'attente en oncologie, aux autres priorités organisationnelles ou à certains patients individuels. La Directrice des services professionnels (DSP) fait le point de façon hebdomadaire avec la gestionnaire du système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASSS) et du bloc opératoire (OPERA) ainsi qu'avec la coordonnatrice clinico-administrative en oncologie de la liste SIMASSS. Lorsque requis, des rappels sont envoyés par la DSP aux chirurgiens. Une contrainte importante pour l'atteinte de la cible de 90% pour les patients traités par chirurgie oncologique dans des délais inférieur ou égal à 50 jours s'avère l'accès aux lits chirurgicaux. Le nombre de lits réguliers (excluant les lits de soins intensifs) occupés par les admissions non planifiées ne cesse d'augmenter. Pour l'Hôpital général de Montréal (HGM), ce nombre a diminué de 17% passant de 35 en 2016-17 à 29 en 2017-18 tandis que pour l'Hôpital Royal Victoria (HRV) ce nombre a diminué de 26% passant de 62 à 46 pour ces deux mêmes années. Malgré ceci, les

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique – Chirurgie (suite)				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) (suite)				équipes cliniques travaillent en continue afin d'améliorer la trajectoire patient en implantant des cheminements cliniques optimisés pour maximiser l'utilisation des lits.
Santé physique - Imagerie médicale (Réfère à l'indicateur 1.09.34.00 de l'EGI) Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour:				
1.09.34.02-PS Scopies	100,0	53,3	100,0	L'engagement n'est pas atteint. Les actions qui seront entreprises consistent notamment en : - la mise en place systémique de la gestion de l'épuration de la liste d'attente en lien avec les critères du MSSS et la formation des agents administratifs avec la supervision d'un comité permanent pour la révision des processus ; - l'augmentation des plages horaires pour améliorer l'accès aux services diagnostique de la tomodensitométrie et de l'imagerie par résonance magnétique soutenue par des investissements supplémentaires. Les facteurs expliquant la non-atteinte de la cible sont principalement liés au manque de ressources cléricales pour gérer la liste d'attente, le manque de personnel clinique (technologues médicaux) et médical (radiologiste, anesthésiste). La validation des cas en attente et la reclassification de ces derniers ont également eu un effet sur les résultats surtout pour la scopie. Ceci tant pour la clientèle pédiatrique que celle adulte. Au sein de la clientèle adulte, il faut également noter qu'un bris mécanique à l'Hôpital général de Montréal pendant huit semaines (septembre à novembre 2017) a eu pour effet l'annulation et / ou le report de 12 examens par jour pour les tomographies par émission de positrons (TEP). Ceci a eu une incidence sur les résultats. Par ailleurs, le budget de l'an 1 ne prévoyait pas de financement pour mettre en opération les équipements additionnels au site Glen. Le CUSM a transmis au MSSS
1.09.34.03-PS Mammographies diagnostiques	100,0	100,0	100,0	
1.09.34.04-PS Échographies obstétricales	100,0	93,1	100,0	
1.09.34.05-PS Échographies cardiaques	90,0	41,6	90,0	
1.09.34.06-PS Échographies mammaires	100,0	100,0	100,0	
1.09.34.07-PS Autres échographies	90,0	31,4	90,0	
1.09.34.08-PS Tomodensitométries - PÉRIODIQUE	100,0	67,1	100,0	
1.09.34.09-PS Résonances magnétiques	90,0	52,9	90,0	
1.09.34.10-PS Tomographies par émission de positrons (TEP)	100,00	69,0	100,00	

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique - Imagerie médicale (Réfère à l'indicateur 1.09.34.00 de l'EGI) (suite)				
				une demande de financement supplémentaire. Le MSSS a confirmé depuis que les appareils qui ne sont pas encore ouverts seront considérés dans le financement additionnel. Ceci aura une incidence positive sur l'accès à l'imagerie On note une : - détérioration des résultats de l'année 2017-18 comparativement à ceux de l'année 2016-17 sauf pour les mammographies diagnostiques (stable), échographies mammaires (stable) et la résonance magnétique où les résultats s'améliorent de 90% passant de 31% en 2016-17 à 58,8% en 2017-18 ; et - une détérioration de 44% pour les scopies entre l'année 2016-17 (95,4%) et 2017-18 (53,3), 33% pour la tomodensitométrie (2016-17 :100% vs 2017-18 : 67.1%) et 31% pour le TEP (2016-17 : 100% vs 2017-18 : 69%). Par ailleurs, l'inclusion des données pédiatriques (HME) dans le calcul global du CUSM ne tient pas compte de la spécificité de la clientèle pédiatrique et de l'organisation du travail qui en découle, ce qui sous-tend une performance plus similaire à celle du Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine.
Hygiène et salubrité				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100,0	100,0	100,0	L'engagement est atteint, et le résultat est identique à l'année précédente. Un comité composé des membres de différents services et directions tels que l'entretien ménager, les soins infirmiers, la prévention et le contrôle des infections, les services multidisciplinaires et incluant des patients partenaires a défini les rôles et responsabilités liés à l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité. Ce comité a également conçu des outils de travail pour le nettoyage et la désinfection quotidienne liés au départ du patient et entre chaque utilisation de l'équipement de soins. Ce mécanisme mis en place depuis 2015, est soutenu au sein des pratiques opérationnelles du CUSM.

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	4,80	6,53	4,8	L'engagement n'est pas atteint. Le résultat a augmenté de 8% entre les années 2016-17 et 2017-18 passant de 6,05 à 6,53. Les mesures suivantes visant à diminuer le ratio d'assurance salaire sont en cours d'implantation: • optimiser l'utilisation des médecins au service Santé et sécurité au travail pour prioriser les cas; • embaucher un nouveau médecin au service Santé et sécurité au travail; • prioriser les départements avec le plus haut taux d'absence; • sensibiliser les gestionnaires sur l'importance de gérer les absences ponctuelles; • optimiser le processus d'accommodement/d'assignation temporaire; • améliorer la communication avec les travailleurs et les médecins; Réorganiser le travail des agents de personnel afin de diminuer les tâches administratives et augmenter le temps consacré à la prévention. L'intégration du personnel des laboratoires associés à Optilab a induit une recrudescence du nombre de dossiers d'invalidité en comparaison avec l'exercice financier 2016-17. Globalement, le nombre de dossiers a augmenté de 1% passant de 1 881 à 1 906 en 2017-18. De plus, les heures totales travaillées sont en baisse (dénominateur). Les autres facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement sont les suivants • Manque de médecins représentant l'employeur afin de répondre à la demande; • Délai de prise en charge pour l'accès médical spécialisé ou diagnostique; • Accommodement présentant davantage de défis pour certains groupes de salariés comme par exemple le personnel lié à l'entretien ménager ;

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017-2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Ressources humaines (suite)				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire (suite)				- Personnel vieillissant : augmentation dans les troubles liés au système musculo-squelettique. Le nombre de dossiers a augmenté de 6% entre 2016-17 et 2018-19 passant de 520 à 549 ; - Manque de ressources humaines : les ressources représentent un défi étant donné les départs à la retraite du personnel expérimenté. Le recrutement est toutefois en cours. - Évaluations ergonomiques : des délais à l'égard des évaluations ergonomiques sont observés. Certaines anomalies ont été décelées entre les données du progiciel assurance salaire et accident de travail (PRASAT) et les données transmises. Le CUSM formera un groupe de travail qui aura pour mandat d'étudier cette problématique et de s'assurer de l'exactitude de la méthodologie employée.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,27	3,51	3,27	L'engagement n'est pas atteint. Le résultat a augmenté de 7% entre les années 2016-17 et 2017-18, passant de 3,27 à 3,51. Au sein du personnel infirmier, les mesures suivantes seront mises en place : - identification proactive des besoins en main d'œuvre ; - stabilisation des équipes de soins par l'augmentation du personnel en respect du registre de postes au sein des unités de soins ; - centralisation accrue de la gestion des congés à court et à long terme afin d'assurer une meilleure gestion de la main d'œuvre et diminuer le recours au temps supplémentaire. Une augmentation du taux d'heures supplémentaires est observée cette année. Cette situation s'explique davantage par la planification de la main d'œuvre plutôt que par des facteurs d'attraction de personnel infirmier. De fait, le CUSM continue d'attirer le personnel infirmier avec des quarts de travail de 12 heures, la rotation, et la possibilité de construire eux-mêmes leur

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultats P13 2017- 2018	Engagement 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Ressources humaines (suite)				
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires (suite)				horaire de travail. Les mesures précédemment identifiées permettront de rectifier la situation.
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,71	1,11	1,06	L'engagement est atteint. On note une diminution de 35% entre les années 2016-17 et 2017-18 passant de 1,71 à 1,11. De façon générale, le CUSM continue de recourir peu à la main d'œuvre indépendante. L'Hôpital de Lachine y a encore eu recours en 2017-18, mais des efforts considérables ont été déployés afin de mettre fin à son utilisation.

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

L'agrément

Le CUSM a été visité par Agrément Canada du 15 au 20 septembre 2013 et a reçu la mention Agréé.

Les recommandations faites par Agrément Canada lors de la visite de 2013 étaient regroupées en trois catégories :

- **les plans d'action des recommandations (21) identifiés pour le Rapport I** ont été transmis à Agrément Canada le 20 février 2014. Les plans d'action ont été acceptés par Agrément Canada : 6 plans ont été acceptés sans suivi requis et 15 plans avec demande de suivi additionnels, prochaine date de dépôt prévue le 20 février 2015 ;
- **les plans d'action des recommandations identifiés (38) pour le Rapport II et les quinze (15) plans avec suivi additionnels découlant du Rapport I**, c'est-à-dire, cinquante-trois (53) plans d'action ont été soumis à Agrément Canada le 20 février 2015. Quarante-deux (42) plans d'action ont été acceptés sans suivi et onze (11) plans d'action ont fait l'objet d'une demande de suivi additionnelle devant être soumis à Agrément Canada le 20 août 2015. Tous les plans d'action ont été acceptés par Agrément Canada au mois de septembre 2015 (4) et février 2016 (7) ;
- **les 159 recommandations restantes** doivent être complétées au moment de la prochaine visite prévue potentiellement au mois de mai-juin 2019.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents (I/A).

- communications soutenues aux gestionnaires sur la déclaration des I/A (types, procédures, dates d'échéance du ministère) ;
- rapports trimestriels des I/A déclarés, acheminés aux personnes responsables (unités de soins, co-gestionnaires des missions, directeurs, Comité de sécurité des patients, Comité de la qualité et de la gestion des risques et Conseil d'administration) ;
- accompagnement des différents départements et des unités de soins par une saisie des formulaires AH-223 centralisée à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE);
- ateliers de formation sur la déclaration des I/A, la divulgation, la communication et la sécurité des patients offertes au personnel et aux professionnels du CUSM au cours de l'année 2016-17 ; cela représente 91 séances pour 1 417 participants provenant de secteurs variés.

Ateliers de formation		
	# séances	# participants
Déclaration des I/A (AH-223), divulgation, analyses approfondies, analyses des risques	6	80
Orientation des nouveaux employés - Sécurité des patients	14	354
Orientation des nouvelles infirmières - Sécurité des patients et communication	3	61
	# séances	# participants

Orientation des résidents - Sécurité des patients, déclaration des incidents et accidents, et divulgation	1	200
Facteurs humains	1	6
Technique – Communication efficace	64	531
Évaluation-risques cliniques	2	185
GRAND TOTAL	91	1417

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

TOP TROIS (indices de gravité A et B)

2017-18	#	%	2016-17	#	%
G-Autre	825	29,1%	B-Médicament	722	24,5%
B-Médicament	494	17,4%	G-Autre	663	22,5%
D-RDM	451	15,9%	E-Matériel	301	10,2%

TOUTES CATÉGORIES (indices de gravité A à B)

Indice	2017-2018		2016-2017	
	#	%	#	%
A-Chute	74	2,6%	56	1,9%
A-Quasi-chute	23	0,8%	23	0,8%
B-Diète	43	1,5%	53	1,8%
B-Médicament	494	17,4%	722	24,5%
B-Traitement	253	8,9%	271	9,2%
C-Imagerie	22	0,8%	27	0,9%
C-Laboratoire	142	5,0%	257	8,7%
D-RDM	451	15,9%	220	7,5%
E-Bâtiment	57	2,0%	78	2,6%
E-Effet personnel	33	1,2%	37	1,3%
E-Équipement	161	5,7%	184	6,2%
E-Matériel	206	7,3%	301	10,2%
F-Agression	54	1,9%	59	2,0%
G-Autre	825	29,1%	663	22,5%
Grand Total	2838	100,0%	2951	100,0%

Catégorie G - AUTRES (indices de gravité A et B)

Indice	2017-2018		2016-2017	
	#	%	#	%
Accès non autorisé (renseignements, lieux, équipements, etc.)	2	0,2%	6	0,9%
Automutilation	1	0,1%	1	0,2%
Autre	580	70,3%	301	45,4%
Blessure d'origine connue	5	0,6%	5	0,8%
Blessure d'origine inconnue	1	0,1%	4	0,6%
Bris de confidentialité	1	0,1%	6	0,9%
Décompte chirurgical inexact/omis	19	2,3%	53	8,0%
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	1	0,1%	5	0,8%
Désorganisation comportementale (avec blessure)	0	0,0%	1	0,2%
Erreur liée au dossier	71	8,6%	117	17,6%
Évasion (garde fermée)	2	0,2%	1	0,2%
Événement en lien avec une activité	1	0,1%	3	0,5%
Évènement relié au transport	19	2,3%	22	3,3%
Fugue/disparition (encadrement intensif)	21	2,5%	15	2,3%
Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse	1	0,1%	0	0,0%
Lié à l'identification	41	5,0%	75	11,3%
Lié au consentement	8	1,0%	10	1,5%
Tentative de suicide/suicide	0	0,0%	1	0,2%
Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)	3	0,4%	6	0,9%
Grand Total	825	100,0%	663	100,0%

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

TOP TROIS (indices de gravité C à I)

2017-18	#	%	2016-17	#	%
B-Médicament	1286	24,7%	B-Médicament	1560	21,5%
G-Autre	1239	23,8%	E-Équipement	1512	20,8%
A-Chute	1003	19,3%	A-Chute	1233	17,0%

TOUTES CATÉGORIES (indices de gravité C à I)

Indice	2017-2018		2016-2017	
	#	%	#	%
A-Chute	1003	19,3%	1233	17,0%
A-Quasi-chute	82	1,6%	86	1,2%
B-Diète	126	2,4%	157	2,2%
B-Médicament	1286	24,7%	1560	21,5%
B-Traitement	514	9,9%	743	10,2%
C-Imagerie	53	1,0%	75	1,0%
C-Laboratoire	265	5,1%	401	5,5%
D-RDM	0	0,0%	5	0,1%
E-Bâtiment	32	0,6%	17	0,2%
E-Effet personnel	32	0,6%	39	0,5%
E-Équipement	203	3,9%	1512	20,8%
E-Matériel	242	4,7%	255	3,5%
F-Agression	123	2,4%	112	1,5%
G-Autre	1239	23,8%	1067	14,7%
Grand Total	5200	100,0%	7262	100,0%

Catégorie G - AUTRES (indices de gravité C à I)

Indice	2017-2018		2016-2017	
	#	%	#	%
Accès non autorisé (renseignements, lieux, équipements, etc.)	6	0,5%	5	0,5%
Automutilation	5	0,4%	5	0,5%
Autre	667	53,8%	374	35,1%
Blessure d'origine connue	75	6,1%	94	8,8%
Blessure d'origine inconnue	85	6,9%	129	12,1%
Bris de confidentialité	1	0,1%	2	0,2%
Décompte chirurgical inexact/omis	26	2,1%	66	6,2%
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	2	0,2%	7	0,7%
Désorganisation comportementale (avec blessure)	8	0,6%	3	0,3%
Erreur liée au dossier	44	3,6%	51	4,8%
Évasion (garde fermée)	8	0,6%	5	0,5%
Événement en lien avec une activité	11	0,9%	6	0,6%
Évènement relié au transport	47	3,8%	42	3,9%
Fugue/disparition (encadrement intensif)	42	3,4%	28	2,6%

Indices (suite)	2017-2018		2016-2017	
	#	%	#	%
Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse	2	0,2%	1	0,1%
Lié à l'identification	27	2,2%	28	2,6%
Lié au consentement	3	0,2%	8	0,7%
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	25	2,0%	26	2,4%
Obstruction respiratoire	7	0,6%	3	0,3%
Plaie de pression	140	11,3%	179	16,8%
Tentative de suicide/suicide	6	0,5%	3	0,3%
Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)	2	0,2%	2	0,2%
Grand Total	1239	100,0%	1067	100,0%

Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec :

Les principaux risques d'I/A identifiés précédemment :

(a) Sommaire :

Le CUSM a effectué 59 analyses approfondies menant à 170 recommandations.

Voici quelques exemples de recommandations mis en place à la suite d'analyses approfondies:

1. Initiatives d'optimisation de la sécurité :
 - a) mise en place d'un comité code bleu à l'HGM
 - b) révision du processus des drainages thoraciques à la radiologie interventionnelle
 - c) examen du protocole de transfusion massive
 - d) examen du protocole de déclaration et communication des valeurs de laboratoire critiques
 - e) réorganisation de l'environnement de travail des assistants médicaux en pathologie
 - f) révision du processus pour les patients qui se présentent sans carte RAMQ
 - g) optimisation du processus pour la prise en charge adéquate des patients présentant un risque de violence/agressivité
2. Mise à jour et création de Politiques et Procédures :
 - a) protocole clinique de dialyse de Lachine
 - b) modification de la pratique relatif à l'utilisation d'éponges radio-opaques lors d'amygdalectomies et d'adénoïdectomies en pédiatrie
 - c) politique et procédure relatif aux drainages thoraciques
3. Formations
 - a) processus d'admission des patients et d'attribution des numéros de dossiers médicaux
 - b) reconstitution et administration du R-TPA (activateur du plasminogène tissulaire recombinant)
 - c) code bleu; déclencheurs pour un code bleu
 - d) systèmes de drainage du tube thoracique
 - e) double identification
 - f) surveillance intraveineuse
 - g) prévention des chutes
 - h) cathéter central par voie périphérique (PICC line catheter)
 - i) formation du processus de vérification obligatoire pour les assistants médicaux en pathologie

(b) Chutes :

Le CUSM travaille activement sur plusieurs projets afin d'améliorer la sécurité des patients quant aux chutes, tels que :

Comité de prévention des chutes :

En 2017, le CUSM a réorganisé et renouvelé ses efforts pour prévenir les chutes en reformant un comité interdisciplinaire central ayant pour mandat de déterminer les orientations prioritaires, assurer le suivi des indicateurs, et soutenir les activités des gestionnaires dans leurs activités de prévention des chutes

Le comité évalue plusieurs indicateurs de processus en lien à la prévention des chutes. Par exemple, la détection du risque de chute par dépistage par l'utilisation de l'outil MORSE, et l'outil CATT est complété pour développer un plan d'action préventif pour les patients admis aux unités de soins qui sont à risque.

Année financière	Taux des chutes (A-I) au CUSM Nombres de chutes / jour présences	Taux des chutes (C-I) au CUSM Nombres de chutes / jour présences
2016-17	3,9	3,7
2017-18	3,3	3,0

Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)

L'implantation de l'AAPA au CUSM consiste à la mise en place d'une méthode structurée pour la prévention des chutes. Chaque semaine, les équipes interdisciplinaires ont un rencontre de type caucus d'équipe pour traiter de questions de sécurité 'Safety Huddle' à l'unité pour discuter des objectifs AAPA, les résultats des audits, et des pratiques pour prévenir des chutes. En 2017-18, 8 unités ont implanté l'approche (conformité du CUSM avec la cible du MSSS pour 2017-18).

Le comité de prévention des chutes a entrepris une auto-évaluation pour comparer la situation organisationnelle actuelle avec les meilleures pratiques (« Safer Healthcare Now! », Accreditation Canada, et le groupe d'expert sur les chutes (MSSS, 2014)).

Un plan d'action a été créé pour répondre au constat de l'auto-évaluation, et plusieurs actions prioritaires ont été identifiées afin d'améliorer la sécurité des patients. Les deux principales actions mises en place sont :

1. la création d'un sous-comité pour améliorer la communication et l'éducation liées aux chutes pour les patients et les équipes de soins;
2. la création d'un sous-comité pour soutenir les équipes de santé relatif à l'identification et la gestion du delirium chez la personne âgée.

Outils de repérage et d'évaluation :

- Les soins infirmiers ont intégré trois outils de dépistage liés aux chutes à leur outil d'évaluation initiale, soit:
 1. l'acronyme d'AAPA de AINEES,
 2. le dépistage CAM pour délirium et
 3. et le dépistage nutritionnel

Autres initiatives:

La croix de sécurité (outil proposé par l'IHI - Institute for Healthcare Improvement), est utilisée sur plusieurs unités. Utilisée par les unités de soins, la croix de sécurité est un outil visuel sous forme de tableau qui est placé à un endroit de l'unité où il peut être vu par le personnel, les patients et leur famille. Chaque événement lié à une chute y est inscrit; il est donc possible de suivre le nombre de chutes sur l'unité pour chaque journée du mois en cours.

(c) Médicaments

Le CUSM travaille activement sur plusieurs projets afin d'améliorer la sécurité des patients liée à l'administration de médicaments, tels que :

Pratiques organisationnelles requises (POR)

- la mise en place et surveillance de la conformité aux 31 pratiques organisationnelles requises ;
- le CUSM est conforme aux pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada sur la normalisation et l'accessibilité des électrolytes concentrés sur les unités de soins, la disponibilité et les formats de dose de l'héparine et des narcotiques.

Bilan comparatif des médicaments (BCM) :

- le CUSM continue le déploiement de ses initiatives liées à cette POR ;
- le processus de BCM est instauré en hémodialyse et en cliniques externes d'oncologie ;
- le développement d'une plateforme électronique « RightRx » pour faciliter le BCM qui était en cours de pilotage a été mis en pause compte tenu de l'impact potentiel de la migration du dossier électronique OACIS vers Cristal-Net, annoncée par le MSSS.

Prescription électronique :

- le CUSM visait le déploiement d'un module de prescription électronique au sein du DCI OACIS au mois de mars 2016 mais ce projet est en réévaluation compte tenu de l'impact potentiel de la migration du dossier électronique OACIS vers Cristal-Net, annoncée par le MSSS.

Logiciel d'aide à la décision :

- la mise-à-jour de *Centricity* a été effectuée et le programme Vigilance est maintenant en utilisation.

Chariots de médicaments :

- la présence de chariots de médicaments unidose sur toutes les unités de soins du CUSM système uni dose).

Code à barres :

- le CUSM est présentement doté d'un système de code à barres pour la sélection des médicaments et le remplissage des cabinets de pharmacie.

Réduction des interruptions :

- le projet Lean organisationnel intitulé « Transformation des soins au chevet » a permis de réduire les interruptions sur divers unités de soins lors de la préparation des médicaments, en créant des zones « sans bruit » avec des enseignes près des chariots de médicaments, indiquant « ne pas déranger » dans les zones délimitées par des rubans colorés au sol.
- l'environnement ergonomique du nouvel hôpital (site Glen) contribue à la réduction des interruptions et des distractions auxquelles le personnel peut être exposé.

Revue des incidents et accidents (I/A) :

- l'analyse des données statistiques des I/A liés aux médicaments est effectuée sur une base trimestrielle (missions, unités de soins, comité de gestion des risques, comité de sécurité des patients et comité de la sécurité des médicaments).

Comité sur la sécurité des médicaments s'assure de la révision:

- des protocoles et des meilleures pratiques relatives à l'administration des médicaments;
- des événements sentinelle portés à leur attention;
- du guide d'utilisation en lien avec les médicaments.

(d) Pratiques collaboratives impliquant l'utilisateur

- Le CUSM s'est engagé dans le déploiement d'un programme organisationnel visant à déployer une approche claire et unifiée de la participation patient à l'ensemble du CUSM (Programme Partenariat Patient). Avec le soutien du département de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, différentes initiatives ont été implantées, afin de favoriser une plus grande participation des patients à leurs propres soins, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité et la gestion de l'établissement. La prévention des chutes et l'administration des médicaments font partie des pratiques qui pourraient être touchées par ces projets, notamment en lien avec le déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée à l'ensemble de l'organisation. Le Programme coordonne aussi les projets liés à l'évaluation (quantitative et qualitative) de l'expérience patient.
- Récits de patients
Projet pilote : présentation de témoignages de patients partageant leur expérience au comité de la qualité et des risques. Les expériences des patients ont contribué à l'identification d'éléments de préoccupation en lien avec la qualité et la sécurité des soins et à la mise en place d'initiatives d'amélioration.

La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

En 2017-2018, les principaux objectifs en prévention des infections étaient de réduire les bactériémies associées aux cathéters centraux, de diminuer la transmission de l'ERV, de diminuer le taux d'infections des sites opératoires ciblés (ISO) et d'améliorer le diagnostic des infections urinaires afin de diminuer l'usage d'antibiotiques. De plus, nous voulions augmenter la conformité à l'hygiène des mains ainsi que le nettoyage et la désinfection de l'environnement.

Nous avons un programme de surveillance systématique des infections nosocomiales les plus importantes et des pathogènes multi-résistants (SARM, ERV, EPC). Nous avons également un programme étendu d'audits de l'hygiène des mains, du nettoyage et de la désinfection, ainsi que des audits des processus associés à la prévention d'infections nosocomiales spécifiques.

(a) Bactériémies Associées aux Cathéters Centraux (BACC)

Nous avons atteint notre objectif principal alors que le nombre de BACC est passé de 87 à 43 pour l'année. En particulier les soins intensifs de l'Hôpital général de Montréal (HGM) n'ont eu aucune BACC en 2016-17 par rapport à 12 l'année précédente. Nous observons également une diminution marquée des BACC à l'extérieur des soins intensifs. Seules les unités d'hémodialyse sont une source fréquente de BACC (12/48) au CUSM. Afin de les diminuer nous devons augmenter notre utilisation de fistules pour la dialyse.

(b) Autre Bactériémies

Nous observons une augmentation des bactériémies primaires, en particulier celles associées à la chimiothérapie en hémato-oncologie et celles découlant de procédures invasives en urologie, en chirurgie hépato biliaire et en angiographie à l'hôpital Royal-Victoria du site Glen. Ces augmentations sont corrélées à une augmentation de notre clientèle référée pour des greffes de moelle et d'organes, des procédures de même que pour une chimiothérapie.

(c) ISO

Les taux d'infections des ISO sont globalement restés stables, mais nous observons une augmentation en chirurgie cardiaque et une diminution en chirurgie vasculaire. Chaque service reçoit un rapport confidentiel et nous documentons la conformité de la prophylaxie chirurgicale pour chaque ISO. Une amélioration du contrôle de la glycémie est recommandée en particulier en chirurgie cardiaque pour diminuer les taux.

(d) ERV

Les Entérocoques Résistants à la Vancomycine (ERV) demeurent un problème important, en particulier à l'HGM où plusieurs éclosions perdurent compte tenu de la proportion élevée de chambres à quatre lits. De plus, la salle d'urgence est vétuste et inadéquate pour permettre le respect des mesures de prévention de base favorisant ainsi une contamination croisée inévitable. Il existe peu de chambres individuelles disponibles alors que les besoins y sont élevés en raison de l'incidence élevée d'ERV. L'impact de ces déficiences immobilières est important et se distingue défavorablement lorsque le taux est comparé aux autres taux d'incidence des centres adultes du CUSM; nous avons en un total de 10 infections, dont quatre bactériémies, et près de 200 colonisations nosocomiales. Afin de compenser les déficiences structurelles, un nouveau modèle de travail est suggéré pour un nettoyage et une désinfection améliorée de l'environnement et des équipements médicaux.

(e) SARM

Malheureusement nous observons une légère augmentation de l'incidence du SARM au CUSM, en particulier à l'HGM. Nous observons aussi une augmentation de nombre cas de SARM communautaire hospitalisé qui peut être une source de transmission. Cependant, on note une diminution du nombre de bactériémies nosocomiales SARM de 50% par rapport à l'année dernière, et 4/5 cas observés sont reliés à la dialyse.

(f) Hygiène des mains

L'initiative de « Contrôle spécifique des infections – stratégies de succès » (CSISS) s'est poursuivie cette année et nous avons maintenant une majorité d'unités participantes. Nous atteignons une conformité de 71% pour le CUSM en 2017-2018 avec une amélioration marquée de la part des médecins. Au total plus de 37,000 moments ont été audités.

(g) C-difficile

Nous observons une stabilisation du taux de CDI depuis 3 ans et ce, même si il y a une légère baisse à l'Hôpital Royal-Victoria (HRV), une augmentation à l'HGM a provoqué une performance en-deçà de la cible du MSSS en 2017-18. Nous croyons que cette cible est trop basse compte tenu de la vocation tertiaire de l'HGM et devrait être la même qu'au RVH.

(h) Influenza

Les infections des voies respiratoires supérieures représentent 9% des infections nosocomiales dont un peu moins de la moitié due à l'influenza. Les travailleurs de la santé sont invariablement des vecteurs de contamination, car plusieurs travaillent même malades. Nous avons eu 272 patients hospitalisés avec une influenza confirmée en cours d'année, dont 53 nosocomiales. Malheureusement le vaccin était peu efficace cette année et le taux de vaccination dépasse à peine 31%.

En conclusion, nous avons fait de grands progrès pour les BACC, qui sont malheureusement compensés par une augmentation des bactériémies primaires. La situation du CDI et du SARM demeure stable mais l'ERV est encore un problème significatif et est lié à l'infrastructure et à un nettoyage inadéquat de l'environnement. L'introduction d'une nouvelle technologie a débuté mais son usage demeure restreint. Les ISO demeureront une priorité en particulier en chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire et générale. Nous devons regarder de plus près les bactériémies associées aux procédures. L'amélioration de l'hygiène des mains est des plus encourageantes et reflète un changement de culture important au CUSM en prévention des infections.

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

Dans les deux dernières années, 378 infirmières et infirmières auxiliaires ont été certifiées en lien avec le module d'apprentissage en ligne sur le protocole des contentions physiques les moins contraignantes possibles. Cette formation en ligne mène à 3 heures accréditées et comprend des notions sur le protocole, l'évaluation de la condition du patient avec comportements perturbateurs, la mise en place de mesures préventives ou alternatives aux mesures de contrôle, les moyens de contention physique et leur surveillance ainsi que sur le consentement.

Entre 2008 et 2017, l'implantation du protocole des contentions les moins contraignantes possibles (mesures de contrôle) a été complétée dans 95% des unités du CUSM, 100% des unités à haut risque et la majorité des sections ambulatoires adultes.

L'emphase en 2017-18 a été mise sur différentes formations pour l'évaluation et la mise en place de stratégies alternatives aux mesures de contrôle pour certaines clientèles à risque notamment les patients en delirium, en sevrage, les patients à risque d'errance, les patients suicidaires et ceux présentant des comportements agressifs.

La direction des soins infirmiers du CUSM a donc comme plan cette année de continuer à encourager le personnel infirmier ainsi que les préposés aux bénéficiaires à mettre en place des mesures alternatives aux mesures de contrôle et à poursuivre leur mise-à-jour sur le protocole des contentions les moins contraignantes possibles.

Liste des recommandations adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations formulées par les instances suivantes :

(a) Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Pour l'année 2017-18, le nombre de plaintes est en baisse de 11% à 2399. Les principaux thèmes relevés dans le rapport de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services sont : 38% des plaintes concernent l'accès, 25% sont reliées aux soins et services rendus et 15% se rapportent aux

relations interpersonnelles et 11% visent l'organisation de l'environnement physique.

La catégorie Accès est de loin la plus problématique pour les usagers mais cette année, on assiste à une diminution des plaintes. Cette catégorie comprend l'accès aux soins, mais également l'un des principaux problèmes des patients soit l'accès téléphonique. Bien que l'accès téléphonique se soit encore amélioré, la Commissaire demeure préoccupée par l'accès aux soins de façon générale, comme, par exemple, les délais aux urgences, les difficultés d'accès à certaines cliniques, à certains examens.

Le Bureau de la Commissaire a également ouvert 25 interventions. Encore cette année, un grand nombre des interventions visaient l'accès aux soins et services et l'organisation de l'hôpital : portes automatisées, sièges disponibles pour certaines cliniques, espaces de stationnement, etc.

Toutes les recommandations faites en 2017-2018 par le bureau de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont été acceptées et mises en application. Vous trouverez ci-bas quelques-unes de mesures adoptées par le CUSM.

Mesures systémiques (pour une catégorie d'usagers ou ayant un effet transversal):

- Les recommandations du groupe de travail sur l'accès téléphonique au CUSM ont été adoptées le 30 janvier 2018 et visent à rajeunir la plateforme technologique et améliorer l'acheminement des appels, revoir les informations présentes au répertoire et finalement, la gestion des appels et des messages;
- Les services techniques du CUSM ont augmenté le nombre de places de stationnement pour automobiles avec vignettes;
- Les portes de certaines toilettes aux abords des cliniques ont été automatisées pour assurer un meilleur accès aux personnes à mobilité réduite.

Mesures individuelles (pour une personne ou un petit groupe):

- Un rappel formel au personnel cléricale d'une clinique sur l'attitude et le comportement attendus;
- Un employé a été rencontré formellement par son gestionnaire pour discuter et améliorer son approche avec les patients et les familles.

(b) Protecteur du citoyen

Pour l'année 2017-2018, le CUSM a reçu trois rapports avec recommandations spécifiques du Protecteur du citoyen (PdC). Toutes les recommandations faites en 2017-2018 par le Protecteur du citoyen ont été acceptées et mises en application.

# Dossier	Recommandations PdC	Département	Échéance	Suivi
2016G442/ 2016G480/ 2016G928 17-26133	Take the necessary measures to remind the nursing staff in the Psychiatric Unit to complete the "Code White" reports	Psychiatry	November 3, 2017	7 novembre 2017 Un rappel au personnel de l'unité psychiatrique sera fait le 9 novembre concernant le nécessité de remplir un rapport de « Code Blanc ».

# Dossier	Recommandations PdC	Département	Échéance	Suivi
				Un comité prévoit terminer l'élaboration d'une politique concernant les « Code Blanc » qui sera suivie d'une formation du personnel concerné d'ici la fin de 2017 ou, au plus tard, au début 2018.
2017C042 17-26445	1) Prendre les moyens nécessaires afin que soient respectés, à l'urgence de l'HME, les délais de réévaluation exigés par l'Échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité; 2) Effectuer un bilan notamment à la suite d'audits de dossiers, des délais de réévaluation à l'urgence de l'HME	Urgence HME	1) 31 mars 2018 2) 30 juin 2018	6 mars 2018 1)Présentement à l'étude 2)Un processus d'audit sera mis en place en tenant compte qu'en situation de débordement où la demande excède les ressources, l'équipe soignante doit allouer des ressources en priorité aux patients les plus malades, et gérer le risque engendré par un tel débordement.
2017L092 17-40441 (initialement 17-30017)	S'assurer que tout usager ayant besoin de subir un examen d'OCT-scan y ait accès, même si la demande est faite par un médecin qui n'a pas de privilèges au sein de l'établissement	Ophtalmologie Lachine	31 mai 2018	25 mai 2018 Le CUSM accepte et continuera d'accepter tous les patients requérant une consultation en ophtalmologie pour la gestion d'une condition qui nécessite un examen d'OCT, avec un suivi par l'ophtalmologiste de Lachine, si requis. La recommandation est donc en place conformément à la demande du PdC.

(c) Coroner

Pour l'année 2017-2018, le CUSM a reçu trois rapports avec recommandations spécifiques au CUSM, énumérés ci-dessous :

Rapport	Recommandations du coroner	Mesures prises	Réponse à la lettre du coroner
1	Que le CUSM révise les conditions de déclenchement de recherche d'un patient; en envisageant, entre autres moyens, qu'une entente formelle signée entre le patient et l'établissement quant à la durée habituelle de la sortie et le délai maximal toléré de retour à la chambre soit consignée au dossier médical et figure dans le plan de soins infirmiers.	Avant la réception de la recommandation du coroner : • Au moment de l'évènement (Août 2016) une analyse approfondie a été complétée dans le but d'identifier les principaux facteurs et causes pouvant être associés à cet évènement. • Suite à l'analyse, les 2 recommandations suivantes ont été mises en œuvre: 1. Des formations sur le protocole du code jaune ont été fournies au personnel ; 2. Une révision des brochures fournies aux patients lors de l'admission sur l'unité de soins afin d'y inclure des informations sur les attentes de l'établissement lorsque les patients s'absentent de l'unité de soins • Suite à la réception de la recommandation du coroner en juin 2017 : - un groupe de travail composé de personnel infirmier et des mesures d'urgence a été créé afin de faire une révision du protocole actuel de déclenchement de recherche d'un patient absent (code jaune).	Envoyée
2	Que le CUSM revoie ses pratiques organisationnelles pour assurer le respect des normes de triage, non seulement dans la salle d'attente des urgences mais aussi lorsqu'un patient est seul dans une salle d'examen, en attente d'une évaluation médicale.	Avant la réception de la recommandation du coroner : • En mars 2016, une analyse approfondie a été complétée dans le but d'identifier les principaux facteurs et causes pouvant être associés à cet évènement. • Suite à l'analyse, les 2 recommandations suivantes ont été mises en œuvre: 1. un examen du cas par le comité du cheminement des patients afin d'améliorer les délais des consultations, les protocoles d'admission et de débordement ; 2. travaux entrepris avec Urgence-Santé pour réduire les délais liés à l'obtention des feuilles d'évaluation afin d'avoir une meilleure référence lors du triage et d'optimiser la catégorisation des patients Suite à la réception de la recommandation du coroner : • démarches auprès de l'OIIQ pour soulever ces enjeux et poursuivre la recherche de solutions	En cours

		viables en collaboration avec le CMQ et le MSSS ; • mise en place d'audits ciblés aux 6 mois afin d'améliorer nos pratiques.	
Rapport	Recommandations du coroner	Mesures prises	Réponse à la lettre du coroner
3	Que le CUSM revoie le dossier médical complet afin d'améliorer la prise de notes, tant au niveau médical qu'au niveau des soins infirmiers, concernant les allergies possibles des patients; Améliorer la prise de notes en anesthésie pour permettre de détailler l'administration des différentes substances et suivre adéquatement l'évolution d'une chirurgie à ce niveau.	Suite à la réception de la recommandation du coroner : • une analyse rétrospective approfondie a été complétée en mai 2018, dans le but d'identifier les principaux facteurs et causes pouvant être associés à cet événement ; • des séances de formation et de sensibilisation ont été données au personnel infirmier sur la constance reliée à la documentation au dossier, aux dates suivantes : 24 mai, 31 mai et 7 juin 2018 • une revue du processus de transmission de l'information clinique (Oacis et Opera) sur le programme opératoire pour le 30 juin a été entrepris, afin d'identifier les cas avec considérations particulières (allergies, isolation et autres) • La documentation a été discutée avec le département d'anesthésie; cela fait partie d'un rappel régulier au département.	En cours

Autres instances

Faisant suite à une visite d'inspection professionnelle qui s'est tenue au CUSM par le Collège des médecins du Québec (CMQ) du 10 au 13 avril et du 19 au 21 avril 2017, des recommandations (39) ont été formulées dans quelques secteurs ciblés (organisation du CMDP, urgence, obstétrique). Plusieurs actions ont été initiées visant à répondre à ces recommandations et font l'objet d'un suivi rigoureux par la DSP et le Comité de vigilance et de la qualité notamment. Aucune recommandation formulée par d'autres instances

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CUSM

Veuillez trouver ci-bas le nombre de mises sous garde au CUSM et le nombre d'utilisateurs impliqués du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018.

Categorie	HGM	Neuro	LACH	HRV (Glen)	HME (Glen)
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	687		()	61	36
Nombre d'utilisateurs différents mis sous garde préventive	521	()	()	60	27
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	7	-	-	-	-
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	7	-	-	-	-
Nombre d'utilisateurs différents mis sous garde provisoire	()	-	-	-	-
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	245	()	-	12	8
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)	242	()	-	12	8
Nombre d'utilisateurs différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	156	()	-	11	6
Nombre d'utilisateurs différents mis sous garde (chaque utilisateur 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)	681	()	()	71	34
() : nombre trop petit pour ne permettre la publication					

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le rapport annuel du Bureau de la Commissaire aux plaintes et à la qualité du CUSM est publié annuellement sur le site Internet du CUSM sur la page dédiée aux services de la Commissaire <https://cusc.ca/homepage/page/muhc-office-ombudsman-complaints-commissioner>.

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

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie* (Loi 2, Chapitre III, art. 8)

CUSM

du: 10 décembre 2016

au: 9 décembre 2017

Activité	Information demandée	Site ou installation ⁶				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée ¹ pour la période. Informations complémentaires: Source MED-ECHO					729
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée ² pour la période du ____ au ____ Informations complémentaires:					
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile ³ pour la période du ____ au ____ Informations complémentaires:					
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs ⁴ pour la période du ____ au ____ Informations complémentaires:					
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	A				10
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	B				27
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	C				18
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs ⁵ Informations complémentaires:	5 patient morts avant, 2 patients n'ont pas pu consentir, 2 patients ont changé d'idée				9

Notes du tableau

* Le rapport du directeur général doit être transmis au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie tous les six (6) mois à partir de la date d'entrée en vigueur de la Loi 2 et pour 2 ans (Loi 2, art.73). Les dates de transmission du rapport aux instances concernées sont les 10 juin 2016, 10 décembre 2016, 10 juin 2017 et 10 décembre 2017.

** Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre I, art.3), la nouvelle information demandée, soit le Nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins.

N/A: n'ayant pas lieu de figurer. Donc, il ne faut pas additionner les nombres par site ou installation parce qu'ils viennent de sources de données et de périodes différentes.

1 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le système MED-ECHO, par exemple, a une Directrice de codage — Soins palliatifs (21.3) — Classifications médicales MED-ECHO, en vigueur le 1^{er} avril 2006 et révisée le 1^{er} juillet 2013.

2 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises dans un lit réservé aux SPFV.

3 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le système I-CLSC, par exemple, saisit les informations sur les personnes avec un code d'intervention 121 — Services en soins palliatifs — Programme Santé physique.

4 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans les maisons de soins palliatifs.

5 — Les motifs de la non administration de l'aide médicale à mourir doivent être indiqués dans le rapport sur la ligne Informations complémentaires. Documents de référence : Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir et les formulaires prescrits par le ministre.

6 — Par site ou installation, la personne doit être comptée une seule fois pour chaque source de données utilisée. L'objectif est de présenter le volume d'utilisateurs et non l'intensité des services.

A

Version en français : *Formulaire de consentement à la sédation palliative continue* — AH-880 DT9231 (2015-12)

Version en anglais : *Continuous palliative sedation consent form* — AH-880A DT9235 (2015-12)

B

Version en français : *Formulaire de demande d'aide médicale à mourir* — AH-881 DT9232 (2015-12)

Version en anglais : *Request for medical aid in dying* — AH-881A DT9236 (2015-12)

C

Version en français : *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1* — AH-882-2 DT9233 (2015-12)

Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1* — AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Version en français : *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 2* — AH-882-2 DT9223 (2015-12)

Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying — Part 2* — AH-882A-2 DT9239 (2015-12)

D

Version en français : *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1* — AH-882-2 DT9233 (2015-12)

Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1* — AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Version en français : *Formulaire d'avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir* — AH-883 DT9234 (2015-12)

Version en anglais : *Opinion of second physician regarding the fulfillment of criteria for obtaining medical aid in dying* — AH-883A DT9242 (2015-12)

Dossier médical de la personne



7. Les ressources humaines

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

12599213 – CUSM		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		3-6-02	u 2015-04-04	2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 – Personnel d'encadrement	2014-15	811,372	573	811,945	448	504
	2015-16	747,811	1,243	749,054	413	467
	2016-17	621,592	659	622,251	343	453
	2017-18	604,250	1,217	605,467	333	414
	Variation	(25.5 %)	112.3 %	(25.4 %)	(25.6 %)	(17.9 %)
2 – Personnel professionnel	2014-15	1,291,511	14,902	1,306,413	703	935
	2015-16	1,260,032	12,733	1,272,765	685	923
	2016-17	1,299,994	7,898	1,307,892	707	913
	2017-18	1,344,622	7,454	1,352,076	733	996
	Variation	4.1 %	(50.0 %)	3.5 %	4.3 %	6.5 %
3 – Personnel infirmier	2014-15	4,782,171	149,209	4,931,380	2,514	3,352
	2015-16	4,847,907	160,521	5,008,428	2,549	3,378
	2016-17	4,863,006	147,341	5,010,347	2,556	3,380
	2017-18	4,824,116	162,919	4,987,034	2,536	3,385
	Variation	0.9 %	9.2 %	1.1 %	0.9 %	1.0 %
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6,871,475	149,256	7,020,730	3,786	4,862
	2015-16	6,917,559	174,788	7,092,347	3,809	4,994
	2016-17	6,839,502	138,980	6,978,482	3,763	4,837
	2017-18	7,485,533	172,163	7,657,696	4,126	5,329
	Variation	8.9 %	15.3 %	9.1 %	9.0 %	9.6 %
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1,454,267	27,204	1,481,471	739	1,101
	2015-16	1,534,070	46,756	1,580,826	781	1,163
	2016-17	1,522,406	31,306	1,553,712	773	1,080
	2017-18	1,483,954	24,836	1,508,790	754	1,064
	Variation	2.0 %	(8.7 %)	1.8 %	2.0 %	(3.4 %)
6 – Étudiants et stagiaires	2014-15	10,262	35	10,297	6	27
	2015-16	6,228	146	6,374	4	17
	2016-17	4,659	11	4,671	3	14
	2017-18	8,767	5	8,771	5	34
	Variation	(14.6 %)	(86.7 %)	(14.8 %)	(13.5 %)	25.9 %
Total du personnel	2014-15	15,221,058	341,179	15,562,236	8,195	10,676
	2015-16	15,313,607	396,187	15,709,794	8,239	10,767
	2016-17	15,151,159	326,195	15,477,355	8,145	10,488
	2017-18	15,751,242	368,593	16,119,835	8,487	11,063
	Variation	3.5 %	8.0 %	3.6 %	3.6 %	3.6 %

La cible 2017-18 en heures rémunérées : 16 245 834

8. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

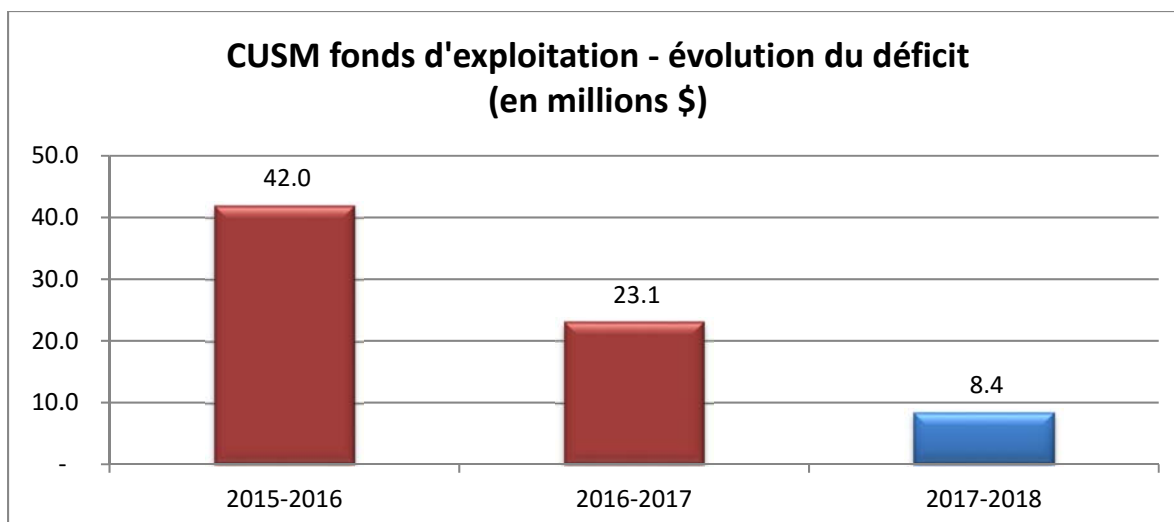
Sommaire des charges brutes par programmes-services (non audité)

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	225,689 \$	0.02%	206,926 \$	0.02%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	1,494,731 \$	0.15%	- \$	0.00%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	11,032,865 \$	1.11%	11,307,725 \$	1.25%
Déficiences physique	- \$	0.00%	- \$	0.00%
Déficiences intellectuelle et TSA	- \$	0.00%	- \$	0.00%
Jeunes en difficulté	- \$	0.00%	- \$	0.00%
Dépendances	352,323 \$	0.04%	399,845 \$	0.04%
Santé mentale	16,903,136 \$	1.70%	17,258,639 \$	1.91%
Santé physique	720,342,185 \$	72.46%	627,471,436 \$	69.33%
Programmes soutien				
Administration	80,548,831 \$	8.10%	83,116,124 \$	9.18%
Soutien aux services	64,890,628 \$	6.53%	66,716,707 \$	7.37%
Gestion des bâtiments et des équipements	98,275,105 \$	9.89%	98,525,298 \$	10.89%
Total	994,065,493 \$	100.00%	905,002,700 \$	100.00%

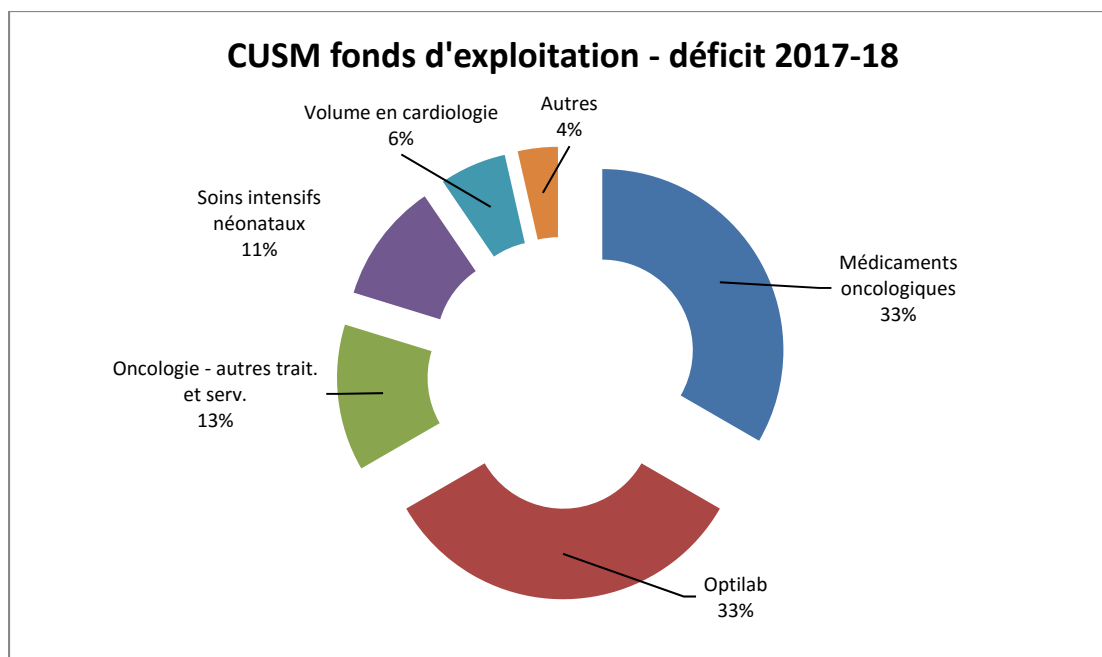
Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 pour plus d'information sur les ressources financières.

L'équilibre budgétaire

Au cours de l'année financière 2017-2018, les efforts du plan de retour à l'équilibre budgétaire sur 2 ans ont continués et ont portés fruits. Nous nous sommes assuré que les réductions escomptées qui se sont matérialisées n'ont pas occasionné une réduction de la qualité des services ou n'ont pas eu d'impact sur l'accès aux services tel qu'attendu de la part de notre établissement. Nous allons continuer de poursuivre la surveillance de signes d'impacts négatifs à ce niveau.



Le déficit d'opération de 8.4M\$ se compose d'éléments nouveaux ou dont la pression budgétaire a augmenté en 2017-18 en raison d'une demande accrue pour répondre aux besoins de la population de notre RUIS. Ces éléments avaient été divulgués comme points de pression budgétaire bien avant la fin de l'année financière et font partie des activités principales du CUSM.



Le déficit du fonds d'immobilisations s'élève quant à lui à 17.1M\$, qui est attribuable en majeure partie à l'amortissement de la portion autofinancée (stationnement) du site Glen, et comprend l'amortissement cumulé depuis le déménagement en cours d'année 2015-16.

Les contrats de services

En ce qui concerne les renseignements relatifs aux contrats de services, le rapport annuel d'un établissement public ou privé conventionné doit inclure le tableau suivant :

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018

	<u>Nombre</u>	<u>Valeur</u>
Contrats de services avec une personne physique¹	2	\$ 64,575.00
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique²	59	\$ 34,665,247.25
Total des contrats de services	61	\$ 34,729,822.25

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

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

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

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
L'établissement n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du MSSS concernant des terrains financés par emprunts. Cette situation constitue une dérogation au SP3410 « Paiement de transfert » qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le MSSS à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que l'établissement a satisfait aux critères d'admissibilité.	2014-15	R	La direction applique la directive du MSSS			X
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
L'unité de mesure « Les heures de formation » pour le centre d'activité 5950 – Formation donnée par le personnel infirmier n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car elle a été estimée.	2014-15	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « Le jour-présence » pour les centres d'activités 6023 – Activités générales de soins aigus, 6031 - Activités générales de soins aigus et 6100 - Psychiatrie légale n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car des pourcentages de répartition ont été utilisés afin de répartir les unités dans les centres d'activités.	2016-17	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « La visite à domicile » pour le centre d'activité	2016-17	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation			X

6171 – Soins infirmiers spécialisés à domicile - santé physique présente l'absence d'éléments probants suffisants en support à la compilation.			des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			
Les unités de mesure « La participation » et « Le temps vécu-loisir » pour le centre d'activité 6890 - Animation – Loisir présente l'absence d'éléments probants suffisants en support à la compilation.	2017-18	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « La visite » pour le centre d'activité 7061 - Services externes d'oncologie et d'hématologie n'a pas été entièrement compilée, ce qui n'est pas conforme au Manuel de gestion financière.	2015-16	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « L'usager » pour les centres d'activités 7060 - Services d'oncologie et d'hématologie et 7062 – Accompagnement des usagers atteints de cancer par l'IPO présente l'absence d'éléments probants suffisants en support à la compilation et l'unité n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pendant l'exercice.	2017-18	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « Le mètre cube » pour le centre d'activité 7703 - Fonctionnement des installations n'a pas été compilée au cours de la période financière puisqu'aucun document n'existe pour valider l'ensemble des superficies occupées.	2017-18	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « Le mètre carré » pour les centres d'activités 7644 – Hygiène et salubrité - tâche opérationnelles, 7710 - Sécurité et 7801 - Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non médical et mobilier (propriété CHQ ou établissement public) présente l'absence d'éléments probants suffisants en support à la compilation n'a pas été compilée au cours de la période financière puisqu'aucun document n'existe pour valider l'ensemble des superficies occupées.	2017-18	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X

L'unité de mesure « L'utilisateur » pour le centre d'activité 6260 - Bloc opératoire n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car il est impossible d'identifier si un utilisateur a eu plus d'une opération dans une même journée.	2017-18	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « Jour-présence » pour le centre d'activité 7703 - Fonctionnement des installations – autres n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car sa compilation comprend l'unité de mesure « L'utilisateur » du centre d'activité 6260 – Bloc opération, qui fait l'objet d'une réserve.	2017-18	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « La visite » pour le centre d'activité 6302 - Consultations externes spécialisées n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car il est impossible d'identifier si un utilisateur se présente à plus d'une clinique pour la même condition médicale dans la même journée.	2015-16	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « L'utilisateur » pour les centres d'activités 6332 - Services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale - 18 ans et plus et les unités de mesure « L'intervention » et « L'utilisateur » pour le centre d'activité 6564 - Psychologie n'ont pas été compilées conformément au Manuel de gestion financière car les unités ne sont pas compilées dans le même centre que les charges salariales.	2016-17	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « L'utilisateur » pour le centre d'activité 6900 – Réinsertion et intégration sociales (santé physique) et 7532 - Archives n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car la compilation est faite en fonction des demandes envoyées plutôt que des demandes approuvées.	2017-18	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			X
L'unité de mesure « Le repas » pour le						X

centre d'activité 7554 - Alimentation - Autres n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car certaines données ont été estimées.	2016-17	R	Un processus concernant l'amélioration de la compilation des unités de mesures est en cours et des changements seront apportés au cours de l'année 2018-2019			
L'unité de mesure "L'unité technique provinciale" pour le centre d'activité 6352 - Inhalothérapie - Autre n'a pas été entièrement compilée, ce qui n'est pas conforme au Manuel de gestion financière.	2015-16	R	Une vérification bimensuel a été effectuée par le responsable du centre d'activité afin de s'assurer que la compilation était adéquate.	X		
L'unité de mesure "L'utilisateur" pour le centre d'activité 6390 - Service de soins spirituels n'a pas été entièrement compilée, ce qui n'est pas conforme au Manuel de gestion financière.	2015-16	R	De la formation a été donnée aux intervenants afin de s'assurer que la documentation au dossier du patient est adéquate	X		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement ne doit encourir de déficit à la fin de l'année financière	2017-18	C	Le résultat du fonds d'exploitation est inférieur à 1% du budget			X
Rapport à la gouvernance						

Annexe

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION
EN VERTU DE LA
*LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (chapitre M-30)***

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	7
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	11
Section 4 — APPLICATION	13
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	18
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	19
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	20
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	21
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	22
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	23
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	24

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances¹.

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

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujéti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

- ☐ Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- ☐ Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- ☐ Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- ☐ Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- ☐ Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- ☐ Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- 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 conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

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

Section 4 – APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'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 œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

_____ Signature	_____ Date [aaaa-mm-jj]	_____ Lieu
_____ Nom du commissaire à l'assermentation	_____ Signature	

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou
entreprise commerciale.

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

2. Titre d'administrateur

Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une
entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme
membre du _____.

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

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

2. Titre d'administrateur

Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

