

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 

**Rapport annuel de gestion
du CIUSSS
2017-2018**

TABLE DES MATIÈRES

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS	1
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	3
3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS .	4
3.1 L'établissement	4
3.1.1 La mission du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	4
3.1.2 L'information et la consultation de la population.....	6
3.1.3 Désignations de l'établissement.....	7
3.1.4 La vocation suprarégionale	8
3.1.4 La structure de l'organisation au 31 mars 2018.....	9
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils, les instances consultatives...	9
3.2.1 Le conseil d'administration.....	9
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives	10
3.3 Les faits saillants	40
3.3.1 Soins infirmiers	40
3.3.2 Services multidisciplinaires	45
3.3.3 Services intégrés de première ligne	49
3.3.4 Réadaptation et déficience	56
3.3.5 Santé mentale et dépendance	61
3.3.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées	65
3.3.7 Recherche.....	70
3.3.8 Affaires académiques.....	71
3.3.9 Ressources informationnelles	80
3.3.10 Services techniques	81
3.3.11 Achat et Logistique	82
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	84

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	85
5.1 L'agrément et la démarche d'amélioration continue de la qualité.....	85
5.2 La sécurité des soins et des services.....	88
5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement.....	94
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	96
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	96
7. LES RESSOURCES HUMAINES	97
7.1 Direction des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale.....	97
7.2 La gestion et contrôle des effectifs.....	99
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	100
8.1 Les états financiers.....	100
8.2 L'équilibre budgétaire.....	101
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	102
10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	102
ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	103
ANNEXE 2 : LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	124

ANNEXE 3 : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2017-2018	142
Chapitre III : Les attentes spécifiques 2017-2018.....	145
Chapitre IV : Les engagements du CIUSSS en fonction, notamment, du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS.....	153

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Depuis la création du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, nous avons constamment accordé la priorité aux usagers en nous appliquant à leur fournir, de manière harmonieuse et opportune, d'excellents soins de santé et services sociaux. Nous nous efforçons également de répondre aux besoins changeants des usagers qui pourraient bénéficier de nouveaux services ou d'une amélioration dans la prestation des soins.

Parallèlement, nous avons déployé au cours de l'exercice 2017-2018 des efforts soutenus en vue d'accorder une meilleure reconnaissance aux employés, qui constituent la force de notre CIUSSS. Nous avons en effet célébré publiquement les nombreuses réalisations de nos employés et les avons assurés de la volonté des membres du conseil d'administration, de la haute direction et de leurs propres supérieurs à faire preuve d'écoute et d'ouverture à leurs commentaires, questions et préoccupations. Cette démarche vise à relever le moral et à optimiser notre environnement de travail positif afin d'inciter le personnel à faire de son mieux pour les patients, résidents et clients.

Nous tenons à illustrer à l'aide d'un exemple l'importance que revêt pour nous la reconnaissance du personnel. En janvier 2018, le nombre de cas de grippe a soudainement connu une poussée inquiétante dans l'ensemble des établissements de notre CIUSSS (le cas également dans toute la province du Québec). Guidé par l'équipe de Prévention et contrôle des infections, le personnel a réagi avec empressement et professionnalisme, surtout dans les centres de réadaptation et de soins de longue durée où les taux d'influenza étaient élevés. Les équipes ont rapidement réussi à mettre en place des mesures préventives, à contenir une éventuelle épidémie et à atténuer les répercussions sur les résidents, clients et patients.

En même temps, des dispositifs ont été mis en place pour protéger nos employés et ainsi éviter une grave perturbation dans la prestation des soins de santé et services sociaux. C'est grâce à tout le personnel de notre CIUSSS que notre taux d'activité grippale s'est amélioré presque immédiatement après nos interventions, et les chiffres ont continué à baisser presque aussi rapidement qu'ils avaient grimpé.

Pour souligner cette victoire et nos autres succès, nous avons lancé le site 'Bons coups' sur l'intranet de notre CIUSSS. Nous avons commencé par y afficher une liste exhaustive des réalisations des Services de première ligne notamment, les taux de vaccination accrus, la baisse des temps d'attente pour le programme 'Jeunes à risque' et l'établissement d'une trajectoire de soins pour les demanderesse d'asile enceintes.

Ensuite, plusieurs autres sections ont été ajoutées sur le site pour reconnaître les réussites des services. Par exemple, une section a été consacrée au personnel des Ressources humaines, Communications, Affaires juridiques et Sécurité globale, qui a traité plus de 400 demandes d'entrevue des médias avec les responsables de l'équipe PRAIDA. Nous y avons également souligné l'intégration de l'équipe des Affaires juridiques et le fait que notre CIUSSS est le premier établissement au Québec à avoir terminé son *Plan local de sécurité civile*. Enfin, nous avons félicité le personnel responsable de la sécurité pour sa formation spéciale sur la gestion des personnes en situation de crise.

Une autre section du site saluait les efforts du personnel de la Direction des affaires académiques, issue de la fusion de la Direction de recherche et médecine et de la Direction de la formation universitaire. Les nouveaux modules de formation créés pour lutter contre les mauvais traitements

envers les aînés et les subventions de recherche considérables octroyées aux chercheurs de l'Institut Lady Davis ont également fait l'objet de félicitations.

Pendant le reste de l'année 2018, nous entendons afficher régulièrement dans cette section de l'intranet le travail exceptionnel réalisé par d'autres Directions. En fin de compte, il faudra beaucoup plus de pages Web pour souligner les nombreuses façons dont nous avons aidé nos usagers – réussites révélatrices de nos progrès soutenus et du degré de maturité élevé atteint par notre réseau en relativement peu de temps.

Par ailleurs, nous sommes à l'écoute de ce que nos employés ont à dire et tenons à répondre personnellement à leurs préoccupations. En effet, ce n'est qu'en démontrant notre volonté d'écouter autant les commentaires positifs que négatifs de notre personnel que nous pourrions maintenir la vitalité de notre réseau.

C'est dans cet esprit que nous avons lancé, en 2017, des groupes de discussion qui ont permis aux employés de s'exprimer ouvertement et d'émettre leurs opinions sur divers sujets comme les conditions de travail, le soutien et la rétroaction des cadres, le sentiment de fierté envers l'organisation, l'habilitation et le potentiel de croissance professionnelle. Ces discussions variées, chacune d'une durée de 90 minutes, réunissaient des groupes de 10 à 16 employés et des gestionnaires de divers établissements et directions du CIUSSS, dont SAPA, le Service de réadaptation et les Services de première ligne.

Les données recueillies pendant ces discussions sont en cours d'évaluation et les étapes suivantes restent à déterminer. Toutefois, le fait est que nous sommes constamment à l'écoute des membres de notre personnel. Nous prenons leurs préoccupations au sérieux et sommes engagés à apporter les améliorations requises pour rendre leur travail plus satisfaisant, tout en les aidant à faire tout leur possible pour nos usagers.

Nos efforts d'écoute prennent tout leur sens à la lumière de la Campagne sur le respect en cours dans nos établissements. Cette Campagne promeut l'idée que les besoins et sentiments des usagers peuvent être reconnus lorsque nous prenons le temps de les écouter. Le respect s'impose entre tous, y compris entre la direction et les employés, et c'est pourquoi nous respectons ce que nos employés nous ont dit et que nous entendons donner suite à leurs demandes.

Bien que nous ayons parcouru bien du chemin au cours de ces trois dernières années de travail sous un 'même toit', nous reconnaissons tous qu'il nous reste des défis à surmonter. Toutefois, les efforts déployés au cours de l'année écoulée démontrent clairement les progrès qui peuvent être réalisés lorsque le personnel est reconnu pour son dévouement et que l'occasion lui est donnée de se montrer à la hauteur.



Alan Maislin
Président



Lawrence Rosenberg, M.D., Ph. D.
Président-directeur général

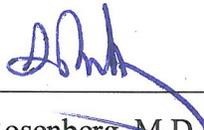
2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

- 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.



Lawrence Rosenberg, M.D., Ph.D.
Président-directeur général

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

3.1 L'ÉTABLISSEMENT

3.1.1 La mission du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ¹

1. Fournir un continuum de soins de santé et de services sociaux de qualité supérieure dans tout notre réseau d'établissements

Au sein de notre réseau d'établissements, nous fournissons un continuum de soins sécuritaires, incluant des soins spécialisés et ultras spécialisés, des services de réadaptation, des soins de longue durée ainsi que des services de santé et des services sociaux communautaires. La qualité des soins repose sur une collaboration et un partenariat respectueux entre les usagers, les professionnels de la santé et des services sociaux, le personnel et la direction.

2. Fournir avec compassion des soins centrés sur l'utilisateur et créer une expérience patient exceptionnelle

Nous nous employons à satisfaire les besoins individuels de tous nos usagers en fonction de leur langue, leur origine, leur sexe, leur âge, leur orientation sexuelle, leur milieu socioéconomique et leur religion*, et ce, dans la mesure où cela est raisonnablement possible.

*Plusieurs établissements de soins de santé au sein du CIUSSS, fondés par la communauté anglo-catholique, la communauté anglo-protestante et la communauté juive demeurent engagés à fournir un environnement respectueux des besoins culturels et religieux de la communauté fondatrice.

3. Établir et promouvoir le leadership et l'excellence dans l'enseignement en sciences de la santé et en sciences sociales

4. Faire avancer les connaissances dans le domaine des sciences de la santé et des sciences sociales grâce à l'excellence en matière de recherche et d'innovation

¹ Chaque établissement au sein du CIUSSS conserve sa mission particulière sous les auspices de la mission du CIUSSS.

Les valeurs du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

1. Des soins de qualité supérieure

Nous recherchons l'excellence et nous sommes engagés à fournir la meilleure qualité de soins à tous — des soins sécuritaires, fondés sur des données probantes et respectueux des meilleures pratiques en matière d'éthique, de médecine et de services sociaux.

Nous nous engageons à fournir l'accès à un continuum de services à nos usagers.

2. Compassion, dignité et respect*

Dans la prestation de soins de qualité, nous respectons toutes les personnes que nous considérons comme uniques et que nous traitons avec dignité et compassion tout en respectant leur intimité et en protégeant la confidentialité de leurs renseignements personnels.

Notre but est de fournir aux usagers une expérience exceptionnelle.

* « Le respect mutuel » est une valeur fondamentale au CIUSSS.

3. Sécurité

Nous nous engageons à fournir des soins et des services dans un environnement sécuritaire. La sécurité est une responsabilité qui incombe à tous les membres du CIUSSS.

4. Travail d'équipe

La prestation des soins de santé étant une tâche extrêmement complexe, nous reconnaissons les contributions importantes de chaque membre de notre personnel et de nos partenaires. Notre travail d'équipe se caractérise par : 1) une conscience partagée, 2) des objectifs communs et 3) l'exécution des tâches responsabilisée. En tant qu'équipe, nous nous soutenons en partageant connaissances et expertises dans l'objectif ultime de fournir des soins de qualité supérieure.

5. Connaissances et innovation

Nous recherchons l'excellence en enseignement et en recherche, et nous attachons une grande valeur à leur rôle visant à fournir la meilleure qualité de soins aux usagers.

Nous encourageons la créativité et l'esprit d'initiative de notre personnel afin de cerner et de mettre en œuvre des manières novatrices d'améliorer les soins et les services offerts par notre réseau.

3.1.2 L'information et la consultation de la population

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal fournit aux membres du public de l'information pratique en temps opportun au sujet de ses services. Le CIUSSS encourage également les usagers des soins de santé à faire part de leurs commentaires relativement aux soins qu'ils reçoivent, puisque des améliorations sont possibles seulement si les usagers posent des questions et décrivent leurs expériences s'ils sont insatisfaits des soins reçus.

Ces échanges ont lieu chaque année sur une base personnelle lors de l'Assemblée publique annuelle. Le 9 novembre 2017 (<http://blogs.jgh.ca/jghnews/fr/le-public-est-encourage-a-sexprimer-au-sujet-de-la-qualite-des-soins-au-sein-du-ciuss/>), le président-directeur général a présenté au public un résumé des activités du CIUSSS et le président du Conseil d'administration a réaffirmé l'importance des soins centrés sur l'utilisateur. Ces deux hauts dirigeants, ainsi que d'autres membres de l'équipe de haute direction, ont répondu aux questions des membres du public au sujet des différents aspects des activités du CIUSSS au cours de l'année précédente. Les éléments clés de cet exposé sont disponibles à http://ciuss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciuss_coim/CIUSSS/Rapports/Rapport_Annuel_2016-2017/Anne%20Lemay_Public%20meeting%202017.pdf. De plus, lors de cette Assemblée publique annuelle, des kiosques d'information portant sur plusieurs sujets avaient été montés, y compris sur les services aux personnes âgées et la campagne Respect; les membres du public pouvaient également se faire vacciner contre la grippe sur place.

Le site Web du CIUSSS (<http://ciuss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/accueil/>) comporte une foule de renseignements précieux pour le public. Signalons notamment une section portant sur les faits saillants du Rapport annuel de gestion du CIUSSS (<http://ciuss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/le-ciuss/rapports/rapport-annuel-2016-2017/>) qui sont présentés d'une manière conviviale, sans technicité et appuyés par des photos.

Autres éléments clés du site Web du CIUSSS :

- Information sur la manière de déposer une plainte ou de soumettre des commentaires sur la qualité des soins (<http://ciuss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/le-ciuss/plaintes-et-satisfaction/>)
- Rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (<http://ciuss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/le-ciuss/rapports/rapport-de-la-commissaire-aux-plaintes-et-a-la-qualite-des-services/>)
- Information sur les différents comités des usagers (<http://ciuss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/le-ciuss/les-comites-des-usagers/>)
- Version intégrale du Rapport annuel de gestion (<http://ciuss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/le-ciuss/rapports/rapport-de-gestion/>)
- Rapport financier détaillé (<http://ciuss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/le-ciuss/rapports/rapport-financier/>)

- Énoncé de mission et valeurs (<http://ciusss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/le-ciusss/mission-valeurs-et-code-d-ethique/mission-et-valeurs/>) et description de la campagne Respect (<http://ciusss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/le-ciusss/mission-valeurs-et-code-d-ethique/la-campagne-respect/>).

En raison du statut bilingue du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, tous les renseignements fournis en ligne ci-dessus sont également disponibles en anglais pour les usagers des soins de santé.

3.1.3 Désignations de l'établissement

- **Centre hospitalier affilié universitaire (CHAU)**
Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis
- **Centre affilié universitaire (CAU)**
Centre d'hébergement Father Dowd
Centre d'hébergement Henri-Bradet
Centre d'hébergement Saint-Andrew
Centre d'hébergement Saint-Margaret
CLSC de Benny Farm
CLSC René-Cassin
Hôpital Catherine Booth
Hôpital Richardson
- **Institut universitaire (IU)**
CLSC de Côte-des-Neiges (IU social)
CLSC Métro (IU social)
CLSC de Parc-Extension (IU social)
Point de service Outremont (IU social)
Maison des naissances de Côte-des-Neiges
Info Santé - Info Social
- **Hôpital d'enseignement affilié**
Centre hospitalier Mont-Sinaï
Centre gériatrique Maimonides Donald Berman
CHSLD juif de Montréal
- **Aucune désignation**
Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Centre de réadaptation MAB-Mackay
Centre Miriam

- **Proches collaborateurs**

- RI (ressources intermédiaires)**

- Manoir Renaissance

- Résidence du Boulevard

- Ressource intermédiaire Lev-Tov

- Ressource intermédiaire Maison Paternelle

- Ressource intermédiaire de la Montagne

- Ressource intermédiaire La Salle

- Les Maisons Bleues**

- La Maison Bleue Côte-des-Neiges

- La Maison Bleue Parc-Extension

3.1.4 La vocation suprarégionale

À l'heure actuelle, le réseau remplit un certain nombre de mandats suprarégionaux déjà reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux avant l'application de la restructuration du système de la santé en avril 2015 : oncologie, grossesses à risque élevé, néonatalogie, urologie, gynéco-oncologie, chirurgie cardiaque, chirurgie cervicofaciale due à un cancer, chirurgie hépatobiliaire, chirurgie colorectale, infectiologie (tuberculose) et l'accueil de réfugiés (services non ultras spécialisés, mais suprarégionaux).

De plus, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a pour mission et pour mandat suprarégionaux de répondre aux besoins de certains bénéficiaires de soins de santé. Par exemple, compte tenu de son statut officiel de réseau bilingue, le CIUSSS veille à ce que les exigences linguistiques des anglophones soient satisfaites. Il soutient également la pratique de certaines traditions religieuses dans les installations où elles sont intrinsèques à l'histoire et aux valeurs de l'établissement (ex. : traditions presbytériennes au Centre d'hébergement Saint-Andrew et traditions juives à l'Hôpital général juif).

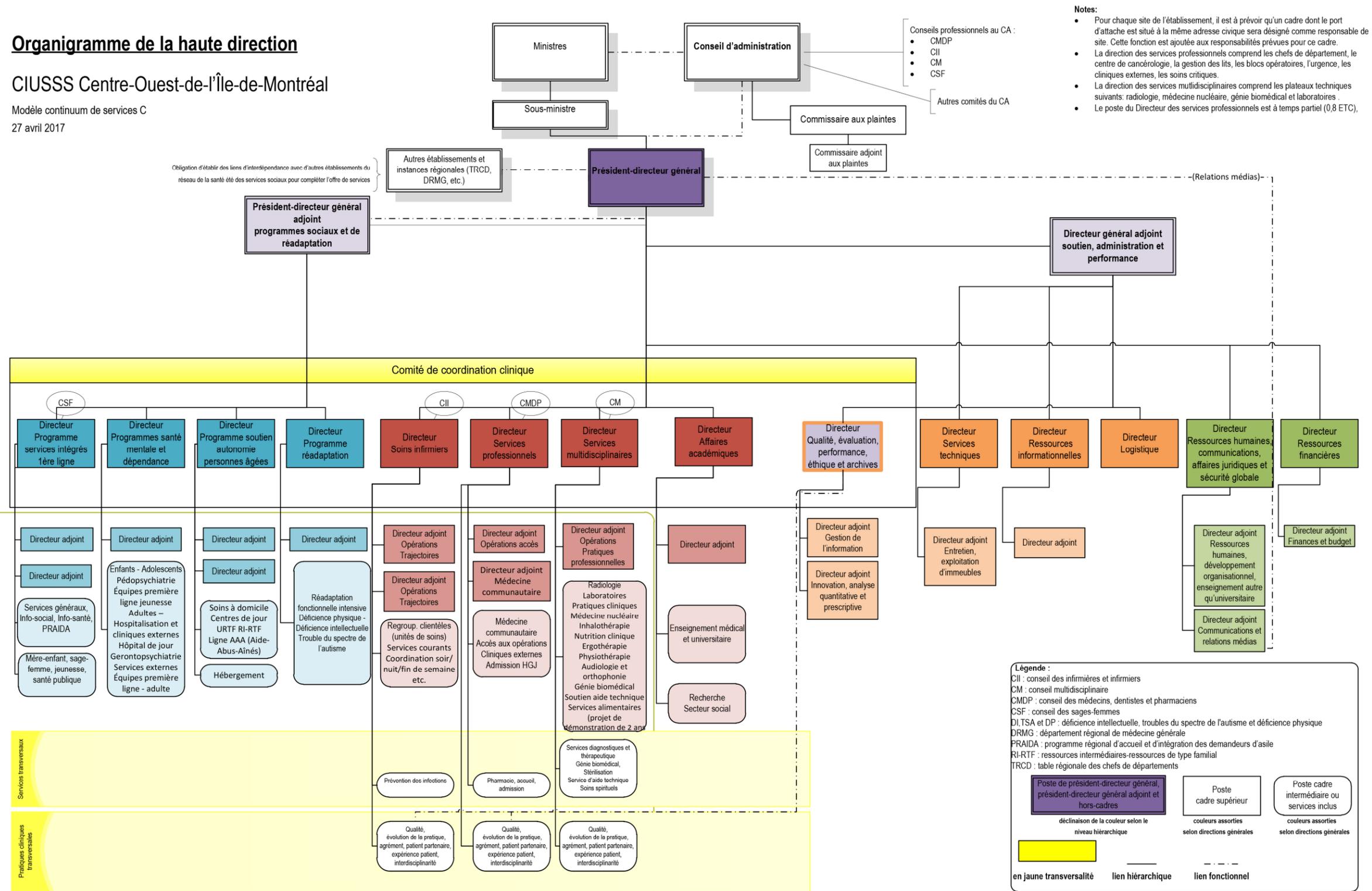
À cet égard, le Centre gériatrique Donald Berman Maimonides et le CHSLD juif de Montréal ont le mandat suprarégional, et ceci pour l'ensemble de la province, d'accueillir les résidents de la communauté juive.

3.1.4 La structure de l'organisation au 31 mars 2018

Organigramme de la haute direction

CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Modèle continuum de services C
27 avril 2017



3.2 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS, LES INSTANCES CONSULTATIVES

3.2.1 Le conseil d'administration

Les membres du Comité exécutif

- Alan Maislin, *président du Conseil*
- Samuel Minzberg, *vice-président et président du comité de gouvernance et d'éthique*
- Dr Lawrence Rosenberg, *secrétaire et président-directeur général du CIUSSS*
- Lucyna M. Lach, *présidente du comité de vigilance et d'éthique*
- Mordecai Yalovsky, *président du comité de vérification*

Membres désignés (en date du 31 mars 2018)

- *Poste vacant* – Département régional de médecine générale (DRMG)
- Dr Marc Afilalo – Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Julie Roy – Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Isabelle Caron – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- Isabelle Bisailon – Conseil multidisciplinaire (CMULTI)
- Lucio D'Intino – Comité des usagers (CU)

Membres nommés

- Dr Lawrence Rosenberg – PDG du CIUSSS
- Gail Adelson – Universités affiliées
- Dr David Eidelman – Université affiliée (McGill)

Membres indépendants

- Samuel Minzberg – Compétence en gouvernance ou éthique
- Antonio (Tony) Loffreda – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
- Allen F. Rubin – Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- Ronald Waxman – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- Mordecai Yalovsky – Expertise dans les organismes communautaires
- Susan Karpman – Expertise en protection de la jeunesse
- Alan Maislin – président - Expertise en réadaptation
- Lucyna M. Lach – Expertise en réadaptation
- Linda Fortier – Expertise en santé mentale
- Alyssa Yufe – Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux

Membre observateur

- Edward Wiltzer – Fondation de l'Hôpital général juif

Bilan des activités

En 2017-2018, le conseil d'administration a tenu six réunions ordinaires ainsi qu'une réunion extraordinaire. Les comités obligatoires soit, le comité de vérification, le comité de gouvernance et d'éthique et le comité de vigilance et de qualité, participent activement au contenu des rencontres par le biais des rapports présentés au conseil par les présidents.

Au cours de l'année, le mandat de M. Alan Maislin a titre de président du conseil d'administration a été renouvelé pour une durée de deux ans se terminant le 29 septembre 2019. De plus, la première phase du processus triennal de désignation de certains membres du conseil d'administration a eu lieu au printemps 2018. En date du 26 mars 2018, quatre nouveaux membres indépendants se sont joints au conseil d'administration, le mandat de la représentante du Comité régional sur les services pharmaceutiques a été renouvelé et aucune candidature n'a été reçue pour représenter le Département régional de médecine générale. Le ministère nommera une personne à ce poste dans les 120 jours suivant le 26 mars comme est prescrit par l'article 13 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*.

Vous trouverez en Annexe 1, à la page 140, le Code d'éthique et de déontologie du Conseil d'administration. Le Conseil n'a eu à traiter aucun cas de manquement au code au cours de l'année 2017-2018.

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

3.2.2.1 LISTES DES CONSEILS ET COMITÉS

Département de médecine générale (DRMG) à Cavendish

Il n'y a pas eu de réunions officielles de la Table locale Cavendish pendant la période en question. Le Dr Ludman a communiqué avec les membres par téléphone et par courriel et en a rencontré plusieurs lors des réunions de coordination. Comme le Dr Ludman a été réélu pour un mandat de quatre ans afin de représenter Cavendish et que les processus PREM et AMP seront appelés à changer, d'autres réunions seront convoquées cette année.

Au cours du dernier exercice, pratiquement toutes nos discussions ont porté sur l'augmentation du nombre de patients inscrits dans notre territoire.

Dr Ronald Ludman, président

Membres :

- Dre Yael Acre
- Dr David Weigens
- Dr Jack Gaipman
- Dr Michael Kalin
- Dr George Michaels
- Dr Benoit Lapierre
- Dre Renée Fournier
- Dre Lynn Cohen

DRMG du territoire de de la Montagne

Chef de la Table locale DRMG RLS de la Montagne : Dr Didier Serero

Membres :

- Dr Samir El-Hadi Bekhechi
- Dr Brian M. Blicher
- Dr Mark Buch
- Dr Samer Daher
- Dre Maureen Doyle
- Dr Earl B. Edelstein
- Dr Yvan Philippe Fortin
- Dre Fanny Hersson-Edery
- Dr Thu Hang Tran
- Dre Suzanne Jean
- Dre Vania Jimenez
- Dr Roger Philip LeBlanc
- Dr Michael Malus
- Dre Sunita Mayer
- Dr Djavad Moin-Darbari
- Dre Meenalosany Rajakesari
- Dr Mark Roper
- Dre Balbina Russillo

Nombre de rencontres 2017-2018 :

- Deux rencontres ont eu lieu en 2017 : le 28 février et le 25 septembre.
- Les deux CML (coordonnateurs médicaux locaux du GAMF), Dr Thu Hang Tran et Dr Djavad Moin-Darbari, assistent régulièrement aux rencontres du DRMG RLS DLM.

- De plus, la plupart des membres ont assisté aux réunions de la Table de coordination de la Première ligne qui ont eu lieu presque chaque mois.

Bilan et activités :

- *PREM* :

Aux réunions de la table locale DRMG DLM tenues en 2017, des discussions ont été portées sur le bilan des PREM 2016-2017 ainsi que les PREM 2017-2018. Dr Serero a fait les liens avec les cliniques du territoire afin de cerner leurs besoins en PREM.

Présentation du système et du processus relatifs aux PREM qui est d'une grande importance pour les candidats qui postulent ainsi que pour les médecins.

- *GAMF* :

Des présentations concernant le soutien à l'inscription de la population à un médecin de famille en collaboration avec le CIUSSS COMTL, ont eu lieu avec la distribution de documentations à cet effet.

Projet de collaboration avec l'équipe du CIUSSS pour l'inscription des clients afin d'atteindre ou se rapprocher le plus possible de la cible de 85 %.

Tournée auprès des cliniques médicales effectuées par les deux CML pour promouvoir l'inscription via le GAMF.

Promotion du projet d'inscriptions : Journée d'inscriptions provinciales (AMOM/FMOQ).

Présentation CRDS au cours des rencontres.

- *Parmi les autres sujets abordés :*

Taux d'assiduité des clients dans les GMF,

L'implantation des GFM-R,

L'implantation du programme maladies chroniques.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSPP)

Aucune information n'est fournie ici, car ce comité a reçu un mandat régional. Toutefois, les représentants du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal participent au comité régional.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le Comité est responsable de ce qui suit :

- évaluer, contrôler et améliorer la qualité et la pertinence des actes professionnels de ses membres;
- examiner les plaintes relatives aux compétences et au comportement de ses membres;
- participer à différents comités et sous-comités médicaux, professionnels et scientifiques obligatoires qui appuient et assurent la qualité des actes médicaux, y compris :
 - le Comité d'évaluation des procédures médicales (CAMA)
 - le Comité de pharmacologie et de thérapeutique (P&T)
 - le Comité de révision des titres de compétences (sous les auspices de la DSP)
 - le médecin-conseil

Membres du Comité exécutif du CMDP :

- Présidente : Dre Elizabeth Mac Namara (Hôpital général juif)
- Vice-président : Dr Daniel Ince-Cushman (CLSC de Côte-des-Neiges)

- Dr Lawrence Rosenberg, président-directeur général, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Dre Louise Miner, directrice des Services professionnels, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Dr Marc Afilalo (Hôpital général juif)
- Dr Jack Gauptman (Centre gériatrique Donald Berman Maimonides)
- Dr Mark Karanofsky (Hôpital général juif/Clinique Herzl)
- Dre Suzanne Levitz (Hôpital Mont-Sinaï)
- Dr Issie Weissglass (Hôpital général juif)
- Dre Debrah White (Centre de réadaptation Constance Lethbridge)
- Dr David Weigens (ancien CSSS Cavendish)
- Eva Cohen, Directrice du comité de pharmacologie et de thérapeutique, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Membres d'office:

- Dr Rubin Becker
- Dr Markus Martin

Certains défis ont dû être surmontés pour développer et implanter une démarche à l'échelle du CIUSSS. De multiples missions fonctionnent différemment et comportent différents niveaux d'appui interne. Parmi ces missions, citons, les soins de longue durée, la réadaptation, les soins palliatifs, les CLSC et l'hôpital universitaire de soins aigus. Nos

efforts en vue d'établir une démarche unifiée à l'échelle du CIUSSS, surtout en pharmacie et dentisterie, vont bon train. Pour respecter les exigences du MSSS, ces efforts se poursuivront également cette année afin d'appliquer une politique et un format uniques relativement aux niveaux d'intervention médicale. Conformément à la démarche adoptée à l'échelle de McGill, les membres du CIUSSS actualisent également leurs privilèges d'accès, au besoin, en utilisant le logiciel de McGill.

Pour satisfaire aux exigences du MSSS, plusieurs divisions ont été intégrées et transformées en 'super services'. Des comités ont été établis et chargés de recruter les chefs pour ces nouveaux services. Les personnes suivantes, choisies et confirmées en poste par les membres du conseil d'administration, dirigeront les services ci-dessous :

- Dr Huy Le, Service de radiologie et de médecine nucléaire
- Dr Francois Beique, Service d'anesthésiologie

Des comités de recrutement sont encore à l'œuvre pour engager les chefs des services de médecine familiale, d'obstétrique et gynécologie et de pédiatrie.

- Dr Huy Le, Service de radiologie et de médecine nucléaire
- Dr Francois Beique, Service d'anesthésiologie

Des comités de recrutement sont encore à l'œuvre pour engager les chefs des services de médecine familiale, d'obstétrique et gynécologie et de pédiatrie.

Comité disciplinaire

Aucune réunion n'a été nécessaire cette année.

Comité CAMA transitoire

Le Comité CAMA transitoire est un sous-comité de CAMA créé pour revoir, conformément à la loi, tous les cas d'aide médicale à mourir ou de sédation palliative dans l'ensemble du CIUSSS. Ce sous-comité, dirigé par le Dr Marcus Martin, est notamment composé de Mme Eva Cohen et des Drs Mark Karanofsky, Robert Piché et Loan Lam. Ce comité continuera de s'occuper en permanence de l'examen des cas d'aide médicale à mourir ou de sédation terminale.

Comité CAMA permanent du CIUSSS

Le Comité CAMA à l'échelle du CIUSSS, mis sur pied pour cinq missions de notre CIUSSS, a été placé sous la présidence de la Dre Natalie Saad, qui travaille à l'Hôpital Mont-Sinaï et à l'Hôpital général juif. Elle a été invitée à participer à toutes les réunions du MEC ou à celles de l'un des sous-comités.

Comité de pharmacologie et thérapeutique

Le comité de pharmacologie et thérapeutique a été intégré en un seul comité de pharmacologie et thérapeutique du CIUSSS. Parmi les nombreuses réalisations de ce comité figurent : l'harmonisation du formulaire des médicaments au sein du CIUSSS; l'uniformisation des politiques et procédures au sein du CIUSSS (en cours);

l'uniformisation du bilan comparatif des médicaments au sein du CIUSSS; et la création du comité du circuit des médicaments du CIUSSS.

Médecins examinateurs

En raison du retard dans l'examen des plaintes par le médecin examinateur, plusieurs médecins et chirurgiens possédant l'expérience requise ont été nommés et confirmés au poste de médecin examinateur par le conseil d'administration pour notre CIUSSS :

- Dr Rubin Becker
- Dr Vania Jimenez
- Dr Markus Martin
- Dr Ronald Ludman
- Dr Blair Schwartz
- Dr Nathan Sheiner
- Dr Harvey Sigman
- Dr Paul Warshawsky

Sous-comité MEC de l'HGJ

Le sous-comité de l'HGJ est placé sous les auspices du MEC du CIUSSS et s'occupe de questions touchant directement l'Hôpital général juif.

Priorités du MEC du CIUSSS

- Les problèmes ayant trait à la technologie de l'information continuent à peser lourdement sur les médecins et pharmaciens à l'échelle du CIUSSS. L'accès aux données des patients peut prendre jusqu'à 20 minutes, le système se figeant souvent. Les services TI en dehors de l'HGJ sont très limités, ce qui rend impossible d'accéder aux dossiers des patients conservés à l'HGJ. Cette situation entraîne de sérieuses répercussions sur les soins aux patients et les activités professionnelles des médecins. Le Service TI a investi dans la mise à niveau de Citrix à l'Hôpital, ce qui devrait régler un grand nombre de ces problèmes cet été. Cette question reste notre grande priorité.
- Le désengagement et l'épuisement professionnel des membres du CMDP représentent le plus grand défi auquel nous sommes confrontés. Il s'agit d'un enjeu majeur à l'échelle de l'Amérique du Nord, vraisemblablement en grande partie imputable aux problèmes informatiques. De plus, la perte d'autonomie, le défaut de résoudre les véritables problèmes, la charge de travail accrue et le peu d'influence sur les solutions imposées exacerbent cette situation. Cette question constituera la priorité du CMDP cette année. La reconnaissance de cet enjeu par la haute direction est bienvenue, tout comme sa volonté d'aider à régler les problèmes de compétence locale. Les membres du comité exécutif du CMDP comptent sur le soutien du conseil d'administration pour traiter cette question.

Le Comité de pharmacologie et de thérapeutique

Plan de développement du Service de pharmacie du CIUSSS Centre Ouest 2016-2020

Secteur	Description
Général	Harmoniser les missions et les normes de pratique Harmoniser les budgets et les rapports
Comité P&T	Comité CIUSSS formé Formulaire harmonisé Revue de l'utilisation des médicaments Partager de l'information et des outils
Ressources Humaines	Attribuer suffisamment d'effectifs Éliminer le recours aux agences Normaliser les stratégies de recrutement et de rétention
Distribution des médicaments	Services de doses unitaires au CIUSSS offerts Services partiels d'additifs aux solutions au CIUSSS offerts Délégation des tâches techniques Certification des assistants techniques Assurer à la pharmacie un ratio ATP de 1 :2 Mettre en place une politique après les heures d'ouverture pour le CIUSSS Assurer des mesures de contrôle appropriées pour les narcotiques Audit des salles de médicaments Achat de médicaments pour les CLSC à transférer à la pharmacie Médicaments des chariots d'urgence dans les CLSC standardisés
Qualité	Comité du circuit des médicaments du CIUSSS formé Standardisation des politiques et procédures Implanter des normes d'agrément pour la gestion des médicaments Veiller à l'inspection de : OPQ, U de M, SCPH Réunions de morbidité et mortalité du service de la pharmacie Programme de gestion des antimicrobiens Programme d'examen des incidents médicamenteux
Enseignement	Continuer à accueillir des étudiants et des résidents Veiller à ce que l'enseignement soit donné dans l'ensemble du CIUSSS
Recherche	Participation au comité d'éthique de la recherche

Automatisation et technologie	<p>Intégrer pleinement CPOE à l'échelle du CIUSSS</p> <p>Intégrer pleinement e-MAR à l'échelle du CIUSSS</p> <p>Mettre en place les cabinets de distribution automatisée au CIUSSS</p> <p>Déployer le DSQ à l'échelle du CIUSSS</p> <p>Mettre en œuvre le système Endovault en oncologie</p> <p>Implanter des caméras dans les chambres stériles</p> <p>Établir une interface fonctionnelle entre les POS et Gesphar</p> <p>Offrir Vigilance à tout le personnel hospitalier</p> <p>Utiliser le module Dossier clinique dans tous les services de pharmacie</p> <p>Technologie des pompes intelligentes à l'HGJ mis à niveau</p> <p>Implanter les pompes intelligentes partout au CIUSSS</p>
Bilan comparatif des médicaments	<p>Assure le bilan comparatif a 100%</p> <p>S'assurer que le bilan comparatif est effectué pour chaque patient partout où des soins lui sont prodigués.</p> <p>Développer le système électronique pour les Bilan comparatif</p>
Activités cliniques	<p>Augmenter le nombre de secteurs ayant accès aux services de pharmacie clinique</p> <p>Assurer l'examen annuel du profil pharmacologique des patients âgés</p> <p>Assurer le partage d'information pour des services de soins continus lors des transferts de service</p> <p>Appliquer la loi 41</p>

Comité d'examen des titres (sous les auspices de la directrice des Services professionnels) – Hôpital général juif, à partir du 1^{er} avril 2018

Nom	Département/Service
Abualsaud, Ali	Cardiologie
Ben Cheikh, Imen	Psychiatrie
Chertkow, Howard	Neurologie
Desrochers, Janie	Pédiatrie
Dimitra, Sinziana	Chirurgie générale
Dmitrienko, Svetlana	Anatomo-pathologie
Doray, Jean-Paul	Pédiatrie
Duval, Marc	Médecine dentaire
Floriano, Livia	Anatomo-pathologie
Koeva, Vesselina	Anesthésiologie
Maisonneuve, Marie-Hélène	Pédiatrie
Mamane, Sanuel	Médecine interne
Mucha-Le Ny, Bettina	Génétique médicale
Sabbagh, Ramsey	Néphrologie

Schwartz, Jesse
St-Hilaire, Marie
Thomas, Zoe

Allergie & Immunologie
Pédiatrie
Psychiatrie

Départs

Alpert, Lesley
Bacher, Yves
Bekhor, Samia
Black, Martin
Gasse, Tiffany
Friedman, Jack
Hasegawa, Naomi
Kattleman, Barry
Luc, Mario
Nassredine, Ziad
Rizzo, Arthur
Stern, Jerry

Anatomo-pathologie
Gériatrie (1 juillet 2018)
Anesthésiologie (1 juillet 2018)
Oto-rhino-laryngologie
Médecine d'urgence
Pédiatrie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Chirurgie plastique
Neurologie (1 juillet 2018)
Endocrinologie
Médecine nucléaire

Congés

Bekhor, Samia
Derossis, Anna-Maria
Habib, Paola

Anesthésiologie (au 30 juin 2018)
Chirurgie générale (au 1^{er} octobre 2018)
Psychiatrie

Décès

Gordon, Philip
Libman, Israel

Colo-rectale (11 avril 2018)
Neurologie (19 février 2017)

Conseil des infirmières et infirmiers

Membres composant l'exécutif

Fonctions	Noms	Directions
Présidente	Johanne Grondin	DSI-Hôpital
Vice-Présidente	Anna Nunez	Première ligne SAPA
Secrétaire	Johanne Boileau	DSI
Conseillère	Jessica Emed	DSI-Qualité
Conseillère	Cristiana Anghelescu	Première ligne
Conseillère	Jessica Pinto	DSI-Hôpital
Conseillère	Sophie Chalifour, IPS	Première ligne
Conseillère	Élisabeth Guignard	Réadaptation
Conseillère	Isabelle Caron	DSI-Hôpital
Conseillère	Raquel Cacheiro-Milette	Santé mentale et dépendance

Conseillère	Parthenopi Orfanidis	Hébergement
Représentante CIIA	Donna Sue Kernohan Ann Stirling	Première ligne SAPA

Nombre de réunions tenues : 7

Bilan des activités en lien avec le mandat

- Plusieurs membres du comité exécutif font partie de différents comités internes en lien avec la pratique infirmière. Ainsi des membres,
 - ont émis des avis sur des politiques et procédures de la DSI, des ordonnances collectives et protocoles infirmiers ainsi que sur les formations en lien avec la mise en place de nouvelles pratiques.
 - ont été consulté sur le nouveau Règlement en lien avec la prescription infirmière ainsi que sur les nouvelles classes de spécialités pour les Infirmières praticiennes spécialisées.
 - participent aux comités en lien avec les indicateurs de qualité de la DSI tels que l'hygiène des mains, la prévention des plaies de pression, la prévention des chutes et l'utilisation des mesures de contrôle.

- Des membres siègent à ces différents comités internes de la DSI ainsi que ceux en lien avec les indicateurs de qualité choisis par la DSI:
 - Conseil de gestion du CIUSSS
 - Comité des soins infirmiers cliniques
 - Comité de la documentation et du matériel informatique en soins infirmiers
 - Comité de direction de la formation
 - Comité de planification et de soutien en formation en soins infirmiers
 - Programme de formation du MSSS sur l'examen clinique
 - Programme d'hygiène des mains
 - Prévention des chutes
 - Prévention des plaies de pression
 - Utilisation des mesures de contrôle
 - Safer nursing care tool (SNCT)

- Participation aux rencontres de L'Association des CII du Québec (ACIIQ)

- Visibilité du CECII:
 - Consolidation de la page intranet;
 - Présentation du CECII et du comité de la relève infirmière (CRI) lors de l'orientation générale des infirmières et infirmières auxiliaires
 - Élaboration d'un dépliant sur le CECII
 - Rédaction d'articles dans le journal 360° du CIUSSS

- Préparation et organisation
 - du comité CIIA
 - du CRI-Jeunesse et des activités de visibilité et de réseautage
 - de l'AGA du CECII
 - des prix de reconnaissance infirmières du CIUSSS
 - aux évènements de la « Semaine de l'infirmière »
- Organisation de conférences sur l'éducation financière
- Appui de candidature au concours Innovation clinique de ORIIM/L pour le projet «La prévention des lésions de pression au CCOMTL : une approche harmonisée chez une clientèle variée»
- Le CECII possède deux sous-comités ad hoc
 - Comité de transition : Création d'un outil de navigation pour les infirmières procurant l'information et les mécanismes de contact dans l'ensemble du CIUSSS et établir un système d'identification des délais de réponse dans diverses situations
 - Comité prix reconnaissance : Collecte de données sur ce qui se faisait dans les différents sites, détermination des critères pour chacun des prix et organisation de la remise de prix
- Remise de Prix : La vice-présidente du CECII a reçu le prix «Relève régionale» de l'AGA de l'ORIIM/L en juin 2017.

Conseil multidisciplinaire

Membres du Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM)

Nom du membre	Profession	Direction	Établissement
Ibrahima Diallo, président	Physiothérapeute	Réadaptation	Hôpital Catherine-Booth
Cindy Potechin, trésorière	Psychologue	Santé mentale et dépendance	Centre de réadaptation MAB-Mackay
Amelia Hamer secrétaire	Technicienne en éducation physique	Réadaptation	Centre Miriam
Lynne Dawson	Physiothérapeute	Réadaptation	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Dr Lawrence Rosenberg	Président- directeur général	CIUSSS du Centre- Ouest-de-l'Île-de- Montréal	CIUSSS du Centre- Ouest-de-l'Île-de- Montréal

Tableau récapitulatif de nos objectifs pour 2017-2018

Objectifs	Atteint/non atteint	Commentaires
Visite des sites d'installation / Rencontre des membres	Atteint	4 sites visités
Élaboration page intranet	Atteint	Annonces, avis et procès verbaux s'y trouvent
Sondage en ligne sur les besoins des membres	Atteint	Sondage sur besoins d'éducation sur l'intranet
Publications périodiques dans le bulletin 360	Atteint	Élections et annonces avec la collaboration des services de communication
Élaboration d'une brochure de bienvenue du CM	Non atteint	Doit se faire quand ressources humaines sont disponibles
Représentant du CECM dans les sites	Non atteint	Occasionnellement on utilise nos membres volontaires.
Manuel du comité des pairs	Atteint	Finalisé en 2018 par un sous comité du CECM
Vidéo du CM sur l'intranet	Non atteint	
Amélioration sentiment d'appartenance de nos membres : AGA, conférence	Partiellement atteint	Meilleur taux de participation à notre dernière conférence 6%, comparé à 3% avant

État de nos objectifs pour 2017-2018

Visite des sites d'installation/Rencontre des membres – Les membres de 4 sites ont été rencontrés par des représentants du CECM :

- Centre Miriam
- Centre gériatrique Maimonides Donald Berman
- Hôpital général juif
- Hôpital Catherine-Booth

Élaboration page intranet – On a déjà notre page intranet. Nos sondages, avis et tous les procès verbaux de nos rencontres s'y trouvent.

Sondage en ligne sur les besoins des membres – Le choix de nos sujets de formation cette année a été fait après un sondage en ligne de nos membres sur leurs besoins éducatifs.

Publications périodiques dans le bulletin 360 – Les informations sur nos élections se sont faites sur le bulletin 360 avec l'aide des services de communication.

Élaboration d'une brochure de bienvenue du CM – Non faite encore et doit se faire en collaboration avec les ressources humaines.

Représentant du CECM dans les sites – Occasionnellement des bénévoles se manifestent pour nous supporter. Exemple : représentants bénévoles dans les sites de visioconférence du 15 mars 2018, quelques bénévoles pour assister notre Présidente d'élection dans sa fonction.

Manuel du comité des pairs – Finalisé par deux de nos membres en 2018.

Vidéo du CM sur l'intranet – Pas encore créée.

Amélioration sentiment d'appartenance de nos membres – AGA, conférence, rencontres et échanges avec nos membres. Conférence éducative du 15 mars 2018 sur l'aspect légal du consentement aux soins et à la confidentialité du dossier médical.

Activités réalisées en 2017-2018

- AGA en juin 2017 avec comme invité Kevin Hayes qui a parlé.
- Rencontre de gestionnaires du CIUSSSS (PDG, PRG adjointe, directeur adjoint des finances, direction des services multidisciplinaires) pour l'obtention d'un budget de fonctionnement du conseil multidisciplinaire.
- Rencontre de représentants des ressources humaines pour discuter de la formation continue de nos membres.
- Rencontre des représentants des comités exécutifs des CMuRMtl pour faire un bilan de nos différentes activités et échanger sur la réalisation de nos mandats.
- Présence au colloque de l'ACMQ à Lévis en Novembre 2017. Les invités étaient, entre autres, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de santé et des services sociaux ainsi que le Ministre de la santé et des services sociaux, Dr Gaétan Barrette. Ce dernier est venu encourager les conseils multidisciplinaires et les féliciter pour le travail accompli ces dernières années. Il a souligné leur contribution à la réduction de la durée d'attente aux salles d'urgence par de meilleurs services à domicile.

- Décembre 2017 : rencontre de nos membres travaillant à Miriam Home suite à la publication dans les médias de l'arrêt de services pour certains clients du centre et de l'envoi d'une lettre aux familles des clients adultes annonçant cette mesure. Échange sur les défis liés à l'offre des services de qualité et des solutions possibles. L'insalubrité dans certains sites, des mesures d'hygiène inadéquates, des équipements mal adaptés, entre autres matelas de lit inconfortable et pas toujours propres, les long délais dans la livraison des équipements nécessaires aux usagers ont été particulièrement mentionnés par les professionnels.
- 9 Mars 2018 : rencontre de la direction des services de réadaptation pour échanger sur les différentes informations envoyées aux familles des clients de Miriam Home et des défis soulevés par leurs employés membres du conseil multidisciplinaire, en lien avec l'offre de services de qualité. La directrice et son adjointe nous ont présenté les enjeux auxquels elles sont confrontés : Listes d'attente : 280 jours pour les enfants avec Dx TSA; la cible du MSSS est 140 jours. Elles souhaitent réduire les délais d'attente à 90 jours en 2020, amélioration de la pratique professionnelle, Faire reconnaître les RI/RTF comme le domicile du patient (par la Direction SAPA), vieillissement (prématurés) des clients; un *Aging Committee* a été mis sur pied.

Mme Cloutier, directrice adjointe dit avoir rencontré les employées et les RI/RTF à plusieurs reprises. Elle leur a présenté les cadres de références (Le sous-comité clinique du *Clinical Advisory Committee* (ancien C.A. de Centre Miriam) est en train de préparer des recommandations. Ces recommandations seront ensuite présentées à un focus group. Ce groupe inclura des parents, des RI/RTF, des employées, et des partenaires.

- 15 Mars 2018 : Conférence sur l'aspect légal de la confidentialité du dossier médical et du consentement aux soins et à la garde en institution. Conférence donnée par Cory Verbauwhede., avocat et doctorant en droit de la santé et des services sociaux à l'ENAP de Montréal. On a eu le plus grand taux de participation comparé à toutes nos activités. (6%) par rapport à 3% qui était le maximum des autres années. Le sujet était en lien avec les enjeux actuels de la pratique professionnels.

Nos recommandations pour les mesures en qualités des services

Une meilleure interaction avec les conseils professionnels, particulièrement avec le notre : nous impliquer ou solliciter nos avis dans les enjeux qui touchent à notre organisation. Le partage des informations doit venir autant de notre conseil que du comité en charge des mesures sur la qualité des services et du conseil d'administration, Nous membres et nous sommes en contact direct avec les usagers et sommes donc bien au fait de ce qui touche aux qualités des services.

Les règlements de notre conseil mentionnent que nous devons donner notre avis au CA et au PDG en cas de nécessité mais aussi de répondre à une demande d'avis émanant des deux derniers. Les enjeux du réseau de la santé et des services sociaux sont multiples. On

contribuerait encore mieux aux solutions de ces enjeux si on nous inclue dans la réflexion sur la recherche des outils pour de meilleurs services.

Modification de la régie interne des conseils professionnels

Il y a eu modification de l'article 229 de la LSSSS qui se lisait ainsi :

Selon, l'article 229 de la LSSSS, le conseil peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements sont approuvés par résolution des membres du conseil multidisciplinaire et entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

Le 26 octobre 2017, la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (Loi 130) a été sanctionnée. Plusieurs articles ont de facto été mis en vigueur notamment l'article 49 qui introduit le nouvel article 433.3 dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce nouvel article se lit comme suit :

433.3. Le ministre autorise tout projet de règlement du conseil d'administration d'un établissement public, d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, d'un conseil des infirmières et infirmiers, d'un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, d'un conseil des sages-femmes et d'un conseil multidisciplinaire, de même que celui d'un département régional de médecine générale et d'un comité régional sur les services pharmaceutiques qui peut être adopté en vertu des articles 106, 216, 222, 223, 225.5, 229, 417.6 et 417.9. L'autorisation du ministre peut être conditionnelle à ce que certaines modifications soient apportées au projet de règlement.

La Loi 130 prévoit également une mesure transitoire concernant les règlements qui sont déjà en vigueur dans l'établissement. Cet article de la Loi 130 se lit comme suit :

106. Tout établissement doit, au plus tard le 10 février 2018, transmettre au ministre tout règlement déjà édicté en application de l'un des articles 106, 216, 222, 223, 225.5, 229, 417.6 et 417.9 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour que ce dernier les approuve, avec ou sans modification.

Les règlements du conseil multidisciplinaire, 229, font partie des règlements à transmettre.

Comité des usagers

Les principales activités du comité des usagers du CIUSSS portent sur la représentation, la coordination et l'harmonisation de tous les comités des usagers permanents et des comités des résidents du CIUSSS. Les comités des usagers et les comités des résidents

jouent le rôle de gardiens des droits des usagers et ils favorisent l'amélioration de la qualité. Le comité des usagers travaille avec les comités permanents des usagers et des résidents pour optimiser les activités et éviter les chevauchements.

Membres du comité exécutif au 31 mars 2018

- Lucio D'Intino, président
- Gloria Freedman, secrétaire-trésorière

- Gloria Freedman – ancien CSSS Cavendish
- Valerie Martin – ancien CSSS de la Montagne
- Kathy Assayag – Hôpital général juif
- Helen Adam – Centre gériatrique Maimonides Donald Berman
- Helena Kedziora – CHSLD juif Donald Berman
- Miriam Mamane – Hôpital Mont-Sinaï
- Debbie Schichman – Centre Miriam Home
- Lucio D'Intino – Centre de réadaptation Lethbridge Layton MacKay
- Vic Charbonneau – Centre d'hébergement Father-Dowd
- Elizabeth Sexton – Centre d'hébergement Saint-Margaret
- Colette Nishizaki – Centre d'hébergement Saint-Andrew
- Mario Pasteris – Centre d'hébergement Henri-Bradet

Réunions du comité

Il y a eu quatre réunions ordinaires du Comité cette année. À ces réunions, les représentants du CIUSSS sont invités à nous informer des activités de l'établissement et à répondre à nos questions.

Rapport sur les activités

- L'assemblée générale annuelle et cérémonie de remise des prix du Comité des usagers a eu lieu le 28 novembre 2017. Tous les membres des comités des usagers et des résidents du CIUSSS y étaient invités. La participation du président-directeur général et du président du conseil d'administration à titre de présentateurs invités a grandement contribué à la réussite de cet événement.
- Le Comité des usagers a collaboré à promouvoir la « Campagne sur le respect » du CIUSSS et en a également assumé certains frais. En effet, les règles budgétaires permettent au Comité des usagers d'utiliser les surplus budgétaires des comités des usagers pour financer des projets spéciaux. Cette année, le Comité a approuvé plusieurs des propositions reçues.

- Le Comité des usagers a contribué au contenu du « Carnet communautaire des aînés », y ajoutant la description de nos fonctions et des droits des usagers ainsi que les coordonnées des personnes-ressources des comités des usagers, des comités des résidents et des établissements du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Nous avons financé la production de 10 000 exemplaires du livret, qui est distribué par SAPA ainsi que dans les établissements et organismes communautaires de la région du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. En raison de la forte demande, il est prévu d'imprimer 10 000 exemplaires de plus.
- Le mandat de trois ans des membres des comités des usagers et des résidents a pris fin cette année et le Comité des usagers participe à l'harmonisation et l'organisation des élections des comités à venir. Par ailleurs, conformément à la demande de nommer cette année un membre du conseil d'administration au Comité des usagers, M. Lucio D'Intino a été élu par acclamation.

Comme un nouveau Cadre de référence pour les comités des usagers et des résidents a été publié par le MSSS, le Comité des usagers devra s'assurer que tous les membres des comités en reçoivent un exemplaire et harmoniser la formation connexe.

Dans le cadre de son mandat et de ses fonctions les plus importantes, le Comité des usagers doit fournir chaque année au conseil d'administration un rapport consolidé faisant état de toutes les activités menées par les comités dont il est responsable. Parallèlement, le Comité des usagers doit présenter au conseil une liste des enjeux prioritaires et ses recommandations sur le plan de l'amélioration de la qualité.

3.2.2.2 COMITE DE VIGILANCE ET DE LA QUALITE

Membres

Présidente : Lucyna Lach

Membres : Gloria Freedman (jusqu'à mars), Linda Fortier, Allen Rubin, Dr Lawrence Rosenberg, Rosemary Steinberg, Marisol Miro (en remplacement de Mme Steinberg)

Invités: Anne Lemay, Chantal Bellerose, Barbra Gold, Felicia Guarna, Thaddeus Rezanowicz

Valérie Pelletier, Dre Louise Miner

Mandat

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le comité de vigilance et de la qualité est institué en vertu de l'article 181.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Le

Comité de vigilance et de la qualité (V&Q) est responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration (CA), le suivi des recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen, *ainsi que de veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment à l'égard de :*

- *la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;*
- *du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.*

Au cours de l'exercice financier 2017-2018, un seul dossier ayant fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du Citoyen par un résident s'est soldé par des recommandations de la part de celui-ci.

Les recommandations concernaient certaines mesures d'hygiène et de salubrité inadéquates dans un de nos centres d'hébergement de soins de longue durée. Elles impliquaient aussi un correctif au niveau des matelas de protection laissés au sol de chaque côté du lit du résident qui n'étaient pas retirés assez rapidement le matin venu.

Les recommandations qui avaient été adressées à notre établissement, ainsi que les objectifs visés, ont été atteints et le Protecteur du Citoyen informé des actions effectuées avant la date butoir du 16 avril 2018.

Activités

- 9 rencontres entre le 1^{er} avril 2017 et 31 mars 2018;
- Triangulation des rapports des comités des usagers, du Commissaire à la qualité et des comités professionnels et élaboration d'outils de suivis des dossiers;
- Rencontre avec le comité d'audit du MSSS;
- Présentations et rapports :
 - Conseil multidisciplinaire - rapport annuel : M. Lattas et P. Urrico
 - Rapport annuel Comité de gestion de risques : C. Bellerose
 - Visites ministérielles MSSS (CHSLD-RI-RTF) : N. Trastour
 - *Psychiatry unit situation* : K. Saka
 - Suivi sur les tableaux blancs et les cloches d'appel : J.Boileau
 - *DI-TSA Situation and Access Improvement Action Plan* : S. Cloutier
 - *Overview of medication incidents Q3* : M.-C. Poulin, E. Serra
 - Expérience usagers pour le CIUSSS : N. Trastour et P. Calestagne
 - Rapport et plan d'action DQEPA (découlant de la visite d'agrément) : C. Bellerose
 - Plan de qualité et sécurité 2017-2018 : A. Lemay
 - Suivi du programme d'évaluation du circuit sécuritaire du médicament (CSM) au CIUSSS-COM : M.-C. Poulin
 - *Acute Care Patient Experience Data (CPES)* : C. Bellerose et J. Robidaux
 - *Yearly Report for* Contrôle et prévention des infections (IPC) : S. Perna
 - Conseil des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP);

- Conseil infirmiers et infirmières (CII).

SUIVIS DE DOSSIERS

1. Communication avec les usagers, coordination des services et soutien aux proches

Enjeu : Les rapports annuels du comité des usagers (consolidé et locaux) soulignent de nombreuses difficultés quant aux activités de communications, de planification et de coordination des services aux usagers (ex : manque de vision commune ou accord entre les membres de l'équipe, faible coordination des services, manque d'informations et de suivis lors de changement d'intervenants, transferts d'informations déficients lors des congés d'hospitalisation ou encore manque de continuité et de cohérence dans les suivis à domicile et entre les différents quarts de travail et des difficultés pour les proches et les familles d'obtenir suffisamment d'informations et des services de soutien, au moment requis).

Action : Invitation aux directeurs professionnels et cliniques de connaître leur lecture de la situation et les actions entreprises.

Résultats et suivis : À suivre à l'automne 2019.

Enjeu : Sous-utilisation des tableaux blancs dans les unités et délais de réponse aux cloches d'appel.

Résultats et suivis : Les audits effectués ont montré une amélioration significative dans l'utilisation des tableaux blancs et des délais de réponse aux cloches d'appel. Pour 2 des 3 unités auditées, plus de 74 % des tableaux sont utilisés.

Enjeu : Pour améliorer le délai de réponse aux cloches, un projet pilote a été mise en œuvre consistant à effectuer des tournées aux heures dans trois unités de soins aigus, 8 unités de soins prolongés et 3 unités de réadaptation.

Résultats et suivis : La Direction des soins infirmiers a observé une diminution du nombre de chutes, du nombre d'appels avec les cloches. Par contre, aucune information n'a été fournie sur le délai de réponse aux cloches. Ces problématiques requièrent un suivi, du monitoring en continue et l'encouragement à l'adoption des bonnes pratiques.

2. Identification du personnel

Enjeu : Intervenants à domicile ne sont pas toujours bien identifiés. Cela soulève des craintes chez les usagers. Une partie de la situation est occasionnée par les employés des agences impliqués dans les soins à domicile plutôt que par notre personnel.

Action : Intervention de Mme Lemay auprès des soins domiciles (SAPA), rappel de l'obligation de porter en tout temps sa carte d'identité. De plus, il est prévu de réduire le nombre d'agences externes engagées dans la prestation des soins.

Résultats et suivis : À suivre.

3. Reconnaissance et support aux comités des usagers (locaux et central)

Enjeu : Difficultés d'accès aux informations, manque de support logistique, affaiblis la capacité d'action du Comité des usagers.

Action : Intervention auprès du Service de communications pour répondre dans un meilleur délai aux demandes du Comité des usagers de bonifier et améliorer l'accès au site web pour les usagers et les proches. Recommandations de tenir des rencontres statutaires entre le responsable du Comité des usagers, la PDGA et la PDGA-Qualité. Recommandation que les directeurs soient invités régulièrement et en fonction des sujets, aux rencontres du Comité central des usagers.

Résultats et suivis : Des rencontres ont déjà eu lieu et d'autres sont planifiées pour améliorer les communications et la compréhension par le comité des usagers de la gestion budgétaire.

À suivre : À l'automne 2018.

4. Ressources pour la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Enjeu : Offre d'assistance pourrait être plus grande si davantage de ressources dans l'équipe de la commissaire aux plaintes et une optimisation de la localisation du personnel.

Action : Soutien et recommandations du Comité V&Q. Des ressources ont été ajoutées au Bureau du commissaire aux plaintes et les ressources cléricales ont été réorganisées.

Résultats et suivis : À suivre à l'automne 2018.

5. Ressources humaines

Enjeu : Indicateurs RH (assurance-salaire, heures supplémentaires et MOI) ne respectent pas les cibles de l'entente de gestion. Perceptions que le personnel vit des difficultés. L'actualité québécoise montre une problématique particulière avec les infirmières. Par contre, ce n'est pas le cas dans notre CIUSSS avec les infirmières.

Action : Représentation auprès de la Direction des ressources humaines (DRH) et de la Direction des soins infirmiers (DSI). Le comité a demandé de recevoir les résultats du sondage Pulse sur le climat de travail.

Résultats et suivis : Présentation au CA par la DRH et DSI de la situation du personnel en lien avec les indicateurs RH, présentation par la DSI des projets-pilotes à venir sur la charge de travail des infirmières.

À suivre : Le déploiement du plan d'action Santé mentale et mieux-être au travail (SMET) et le sondage PULSE.

6. Activités de communication insuffisantes concernant des changements dans l'offre de services

Enjeu : Communication insuffisante en ce qui concerne des dossiers qui touchent les services offerts aux usagers (ex. : déplacement de résidents d'Henri-Bradet et la situation du Centre Miriam).

Action : Demande d'informations supplémentaires concernant le transfert d'un groupe de patients pour la période des travaux à Henri-Bradet et concernant le projet de diminution de services en centre de jour pour un groupe d'usagers du centre Miriam. Visite des lieux (Henri-Bradet) par Mme Lemay et interventions auprès des personnes concernées. Rappel fait au Service des communications que les membres du CA doivent être informés des changements majeurs dans l'offre de services avant de l'apprendre dans les journaux.

Résultats et suivis : Amélioration de la situation pour les usagers de Henri-Bradet transférés temporairement.

7. Risques et sécurité pour les usagers

Enjeu : Le transfert des résidents d'Henri-Bradet vers l'Hôpital général juif s'est effectué avant que certains aspects des installations ne soient prêts, notamment les salles de bains.

Actions : Mmes Lemay et Bellerose se sont rendues faire un état de situation et des actions immédiates ont été prises par le personnel pour rencontrer les standards de sécurité.

Résultats et suivis : Résolu.

Enjeu : Risque pour la sécurité des patients en psychiatrie identifiés par l'équipe de santé mentale et présentés au Comité V&Q. Suivi des aménagements d'espaces non sécuritaires à l'urgence (secteur psychiatrie) et à l'unité 4e Est. Plusieurs éléments

témoignent de situations non sécuritaires qui mettent à risque les usagers et le personnel.

Résultats et suivis : Un plan d'action a été déployé par l'équipe de gestion de la Direction de la santé mentale et dépendances. Réaménagement des lieux et de certains espaces; interventions par Mme Lemay auprès d'acteurs opérationnels et décideurs des autres directions impliqués pour assurer une intervention efficace dans les meilleurs délais; soutien réaffirmé au CA de l'importance de poursuivre le projet d'implantation de la nouvelle unité; présentation au CA de l'analyse d'un événement sentinelle; la Direction des services techniques a complété la démolition des futurs locaux de la santé mentale et le projet de construction est en phase d'approbation par le MSSS.

Enjeu : Délais dans le processus de révision des médecins examinateurs.

Résultats et suivis : Un suivi est attendu via le rapport de la Commissaire aux plaintes.

Enjeu : Suivi de la préparation des équipes qualité et visite d'Agrément Canada.

Résultats et suivis : Le rapport remis à Agrément Canada a été revu par le comité. Ce rapport a été accepté en totalité par Agrément Canada. Le CIUSSS est maintenant conforme pour tous les standards.

Orientations suivis 2018-2019 :

- La situation du climat de travail;
- La culture de sécurité;
- Le calendrier et les activités d'agrément;
- Le rapport de la gestion des risques incluant le circuit du médicament;
- Les priorités issues des rapports du Commissaires aux plaintes et à la qualité, du Comité des usagers et des sondages d'expérience usagers;
- Les rapports des conseils;
- La présentation des directeurs cliniques sur la continuité et les plans et interventions interdisciplinaires.

Remerciements :

Nous soulignons la précieuse collaboration des représentants du Comité des usagers et de tous les invités qui ont participé ou faits des présentations aux rencontres du Comité V&Q. Une mention spéciale est adressée à la directrice de la DQEPA, Mme Anne Lemay et son équipe, pour le soutien continu et diligent qu'ils ont assuré aux membres du Comité V&Q.

3.2.2.3 COMITE DE GESTION DES RISQUES

Présidente: Dre Anne Lemay, DGA et directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance l'éthique et des archives

Membres :

- Mme Chantal Bellerose, Adjointe à la DGA-DQEPEA, Coordinatrice qualité, gestion des risques, agrément, éthique clinique, expérience-patient
- Mme Johanne Boileau / Mme Valerie Vandal / Mme Marie-Hélène Carbonneau, Représentantes de la DSI / Représentante de soins aigus / Représentante désignée par le PDG
- Mme Silvana Perna, Coordinatrice, prévention et contrôle des infections
- Mme Marie-Claude Poulin, Conseillère, sécurité du circuit médicament
- Dre Louise Miner / Mme Danielle Schryer, représentantes de la DSP
- Mme Eva Cohen, Chef pharmacie (intérim) / Co-chef circuit du médicament
- Mme Daniela Vrabie, Coordinatrice, SAPA / JEC / Co-chef circuit du médicament, Représentante 1^{ère} ligne
- Mme Mary Lattas, Représentante de la DSM
- Mme Lucie Wade, Représentante, bureau éthique clinique
- Mme Audrey Benarrosh, Représentante, DSM, stérilisation, GBM et service alimentaire
- M. Bernie Weinstein, Patient aviseur
- M. Alexandre Bourdeau, Adjoint à la direction, Direction des soins intégrés 1^{ère} ligne
- M. Tung Tran, Représentant, Direction santé mentale et dépendance
- Mme Felicia Guarna, Représentante, Direction programme de réadaptation
- Mme Barbra Gold, Représentante, Direction SAPA (programme de soutien à l'autonomie de personnes âgées)
- M. Neil Michaels, Coordinateur, Mesures d'urgence et de la sécurité civile et de la planification pandémique
- Mme Nancy Fiset / Mme Diane Mercier, Représentantes, Service de santé et sécurité du travail, DRHCAJ
- Mme Lianne Dzygala, Chef, qualité et gestion de risques, soins aigus et obstétriques
- Mme Nathalie Trastour, Chef, qualité et gestion de risques, mission SAPA, réhabilitation, santé mentale et communautaire
- M. Elliott Silverman, Directeur de la logistique
- M. Henry Mietkiewicz, Communications & relations médias, DHRCAJ
- Milena Marn, secrétaire du comité, technicienne en administration DQEPEA

Membres ad-hoc :

- M. Mathieu St-Gelais, Chef du Bureau Expérience usager
- Mme Stefania Iapaolo, Conseillère, Qualité-Risques

- Mme Brigitte Lavoie, Conseillère, Qualité-Risques
- Mme Zovig Kevorian, Conseillère, Qualité-Risques
- Mme Paula Caestagne, Conseillère, Expérience usager
- Mme Krystle L. North, Conseillère, Qualité-Risques
- Mme Mendy Sananikone, Conseillère, Qualité-Risques
- Mme Josée Roy, Conseillère, Qualité-Risques
- Mme Elisabet Serra, Conseillère, Qualité-Risques
- Mme Sophie Leduc, Conseillère, Qualité-Risques
- Mme Anne Desmarais, Conseillère, Qualité-Risques

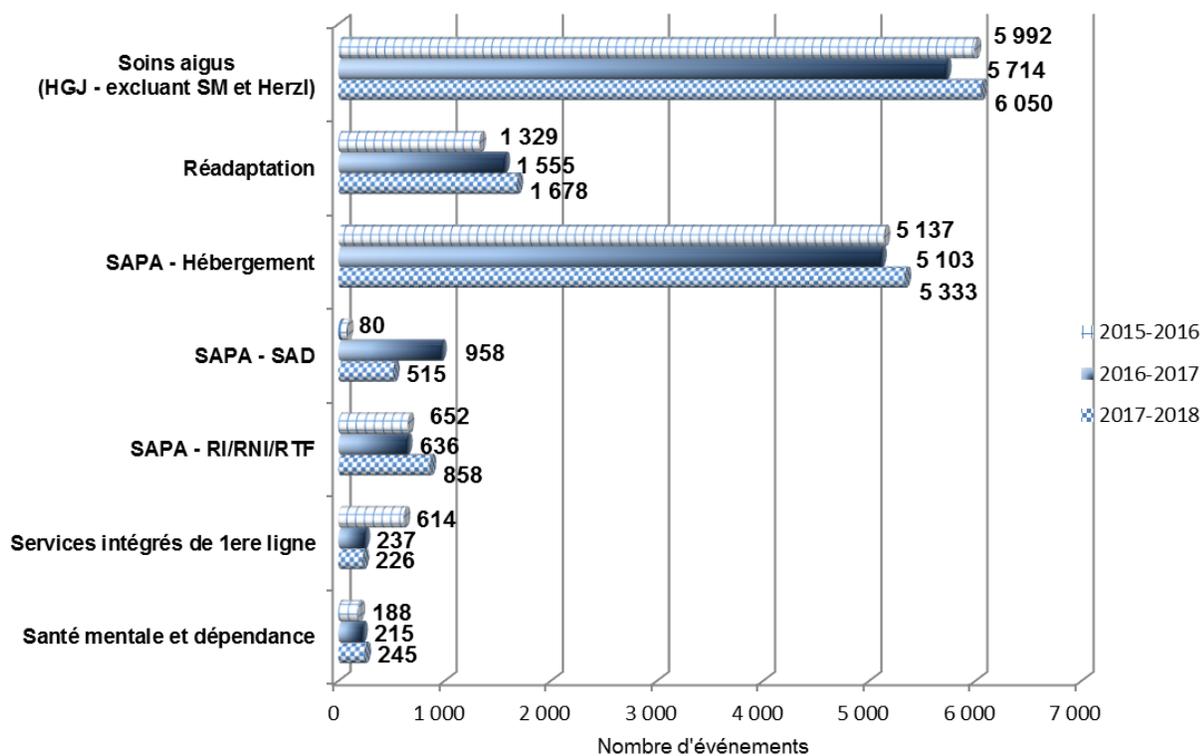
Au cour de l'année 2017-18, le Comité de gestion des risques s'est rencontré à huit reprises et a poursuivi ses travaux concernant le suivis du plan de la sécurité organisationnelle, la déclaration, l'analyse des événements sentinelles, la prévention et le contrôle des infections, le suivi des normes d'agrément, et le suivi des différents plans d'amélioration y compris ceux donnant suite aux visites ministérielles sur le milieu de vie dans les 7 CHSLD du CIUSSS et ceux en lien avec la mesure et l'amélioration de l'expérience usager. Les constats et pistes d'amélioration sont présentés Comité Vigilance et la qualité du CA.

Durant l'exercice financier 2017-2018, ce sont 14 905 événements indésirables qui ont été déclarés par les intervenants de l'établissement CIUSSS par rapport à 14 418 en 2016-2017; soit une augmentation de 3% et une augmentation pour une deuxième année consécutive toujours en contexte d'intégration, ce qui mérite d'être célébré. Des rapports trimestriels personnalisés sont envoyés aux équipes pour fin de plans d'amélioration et des mises à jour périodiques se retrouvent sur notre tableau de bord organisationnel électronique.

L'histogramme suivant indique le nombre d'événements répartis par direction de l'établissement :

Graphique 1. Répartition des incidents/accidents déclarés par direction/secteur d'activités du CIUSSS

extraction données 2018-05-24 et 2018-05-25



Le tableau suivant présente le nombre d'événements répartis par direction/mission d'établissement et par niveau de gravité pour l'année financière 2017-2018 :

Répartition des incidents/accidents déclarés par niveau de gravité													
Direction/ Secteur d'activités	Année financière	Incident		Accident sans conséquence		Accident avec conséquence temporaire			Événement sentinelle			Indéterminé	TOTAL
		A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I		
Soins aigus (HGJ - excluant SM et Herzl)	2016-2017	226	1 965	1 313	1 094	153	895	56	0	6	6	0	5 714
	2017-2018	226	1 660	1 463	1 501	261	856	75	1	4	3	0	6 050
Réadaptation	2016-2017	114	257	262	482	369	48	18	0	0	3	2	1 555
	2017-2018	77	147	203	571	630	41	8	0	0	1	0	1 678
SAPA - Hébergement	2016-2017	269	363	901	2 156	1 262	102	43	2	0	5	0	5 103
	2017-2018	118	276	661	2 532	1 500	211	26	0	0	9	0	5 333
SAPA - SAD	2016-2017	28	63	546	142	158	14	4	0	0	0	3	958
	2017-2018	11	19	157	105	198	15	4	0	0	4	2	515
SAPA - RI/RNI/RTF	2016-2017	1	17	203	235	120	43	17	0	0	0	0	636
	2017-2018	12	26	160	367	196	67	26	0	0	3	1	858
Services de première ligne	2016-2017	30	95	79	22	8	3	0	0	0	0	0	237
	2017-2018	32	69	76	28	16	3	1	0	0	1	0	226
Santé mentale et dépendance	2016-2017	4	25	11	99	3	59	14	0	0	0	0	215
	2017-2018	5	21	25	119	11	49	14	0	0	1	0	245
TOTAL CIUSSS:	2016-2017	672	2 785	3 315	4 230	2 073	1 164	152	2	6	14	5	14 418
	2017-2018	481	2 218	2 745	5 223	2 812	1 242	154	1	4	22	3	14 905

extraction des analyses sommaires soumises et fermées (SISSS/GesRisk): 2018-05-24(RSSS) et 2018-05-25(SA).

Incident: Une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, entre autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. Échelle de gravité A à B. (LSSSS art. 183.2)

Accident: Une action ou une situation où le risque se réalise et **affecte un usager** est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur la santé ou le bien-être de l'utilisateur, d'un membre du personnel, d'un professionnel impliqué ou d'un tiers. Échelle de gravité de C* à I. (LSSSS art. 8)

* **N.B.:** Il s'agit d'un changement dans la définition de l'échelle de gravité C, depuis décembre 2011 (autrefois considéré comme un incident, on le considère maintenant comme un accident).

Tous les événements déclarés (incidents et accidents) sont notés selon la gravité de leurs conséquences ou des préjudices causés au patient en conformité avec les niveaux de gravité du NCC-MERP (voir le tableau ci-dessous).

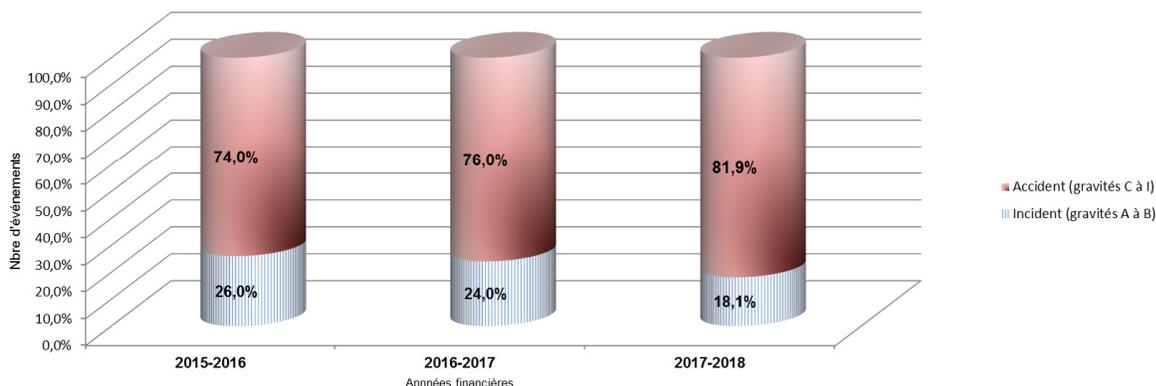
Échelle de gravité adaptée du National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) :			
Catégorie	Conséquence	Gravité	Définitions
Incident	Sans conséquence	A	Des circonstances ou des événements ayant pu causer une erreur ou un préjudice (situation à risque).
		B	Une erreur est survenue mais personne n'a été touché (échappée belle, incident).
Accident	Inconvénients ou conséquences mineures	C	Une erreur, notamment une omission, est survenue mais la personne touchée n'a subi aucune conséquence et aucune surveillance ni intervention n'ont été nécessaires.
		D	Une erreur est survenue et une personne a été touchée, ce qui a nécessité une surveillance pour confirmer qu'elle n'avait subi aucune conséquence et / ou aucune intervention n'était nécessaire afin d'éviter des conséquences chez la personne touchée.
		E 1	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences temporaires chez la personne touchée et avoir nécessité des premiers soins non spécialisés.
	Nécessité des soins spécialisés ou une prolongation de la durée de l'hospitalisation	E 2	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences temporaires chez la personne touchée et avoir nécessité des interventions; des soins et des traitements supplémentaires spécialisés sans pour autant entraîner une prolongation de l'hospitalisation.
		F	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences temporaires chez la personne touchée et avoir nécessité des soins ou des traitements supplémentaires spécialisés ayant entraîné une hospitalisation ou une prolongation de l'hospitalisation.
	Événement sentinelle	G	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine de conséquences permanentes chez la personne touchée.
		H	Un accident est survenu et a nécessité des interventions (RCR) pour maintenir la personne en vie.
		I	Un accident est survenu et pourrait avoir contribué ou être à l'origine du décès de la personne touchée.

Des événements déclarés : 82 % sont des accidents (*usager touché, gravité C à I*) et 18 % sont des incidents (*usager non touché, gravité A et B*).

Nous désirons souligner ici un nombre de déclarations globales légèrement à la hausse par rapport à l'an dernier, ce qui constitue une amélioration par rapport à notre culture de sécurité. Par contre, cette augmentation s'est effectuée pour les déclarations d'accidents soit une hausse de 6% alors la déclaration d'incidents a diminué. La Direction de la qualité, évaluation, performance, éthique et archives (DQEPEA) poursuit la promotion de l'importance de déclarer à la fois les incidents les accidents.

Graphique 2. Répartition des incidents/accidents déclarés au CIUSSS, par gravité

extraction données 2018-05-24 et 2018-05-25



Le tableau suivant présente le nombre d'événements répartis par direction/mission et par type d'événement pour l'année financière 2017-2018.

Répartition des incidents/accidents déclarés par type d'événement																			
Direction/Secteur d'activités	Année financière	Type d'événement										Autres							TOTAL
		Chute	Test diagnostique laboratoire	Lié à la médication	Agression	Lié au matériel, aux équipements, au bâtiment	Traitement	Lié aux effets personnels	Lié au RDM/MMUU*	Lié à la diète	Test diagnostique imagerie	Blessure d'origine inconnue	Blessure d'origine connue	Plaie de pression	Fugue/Évasion	Lié aux mesures de contrôle (contention)	Tentative de suicide/Suicide	Autres	
Soins aigus (HGJ - excluant SM et Herzl)	2016-2017	696	2 527	696	447	558	262	61	22	31	16	6	10	101	42	2	1	236	5 714
	2017-2018	649	2 866	694	594	356	295	75	101	32	27	7	21	89	42	4	3	195	6 050
Réadaptation	2016-2017	562	2	462	66	66	28	12	0	32	0	54	39	3	10	46	0	173	1 555
	2017-2018	507	5	328	38	45	21	9	0	15	0	62	21	4	13	17	0	593	1 678
SAPA - Hébergement	2016-2017	2 360	15	846	163	134	98	135	0	27	0	694	283	108	24	6	1	209	5 103
	2017-2018	2 648	14	642	154	93	110	127	0	42	0	774	314	131	26	3	1	254	5 333
SAPA - SAD	2016-2017	110	22	277	10	16	53	5	0	1	0	1	0	0	1	0	0	462	958
	2017-2018	66	5	197	11	10	46	6	0	1	0	0	2	3	1	0	0	167	515
SAPA - RI/RNI/RTF	2016-2017	434	0	93	19	7	5	5	0	9	0	19	24	1	9	0	2	9	636
	2017-2018	563	4	163	40	2	3	2	0	1	0	25	23	2	4	0	3	23	858
Services de première ligne	2016-2017	7	134	34	3	5	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	237
	2017-2018	3	103	39	3	14	17	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	45	226
Santé mentale et dépendance	2016-2017	27	12	13	103	8	4	1	0	0	0	2	2	0	28	0	0	15	215
	2017-2018	42	6	24	83	6	2	6	0	0	0	0	2	0	43	0	2	29	245
TOTAL CIUSSS:	2016-2017	4 196	2 712	2 421	811	794	461	220	22	100	16	776	358	213	114	54	4	1 146	14 418
	2017-2018	4 478	3 003	2 087	923	526	494	225	101	91	27	868	384	229	129	24	10	1 306	14 905

* RDM / MMUU : Retraitement des dispositifs médicaux/ Matériel médical à usage unique critique ou semi-critique.

Pour la mission hospitalière :

Comme l'indique le tableau ci-dessus, aux événements indésirables ci-haut s'ajoutent :

- ceux reliés aux examens diagnostiques, notamment ceux liés à l'identification des échantillons prélevés chez des patients (ces derniers étant tous précisément relevés dans une base de données par les laboratoires et heureusement ayant eu peu de conséquences sur nos usagers)

Plusieurs comités soutiennent la prestation sécuritaire des soins et services comme par exemple, les comités de prévention des chutes, de la sécurité du circuit du médicament, du contrôle et de la prévention des infections, des contentions, des plaies de pression, de la prévention du suicide, de la violence et celui de l'identification sécuritaire des patients sont très actifs pour analyser les rapports d'incidents et d'accidents et trouver des solutions permettant une amélioration. Ces derniers présentent régulièrement au comité de la qualité et de la gestion des risques, Vigilance et au CA.

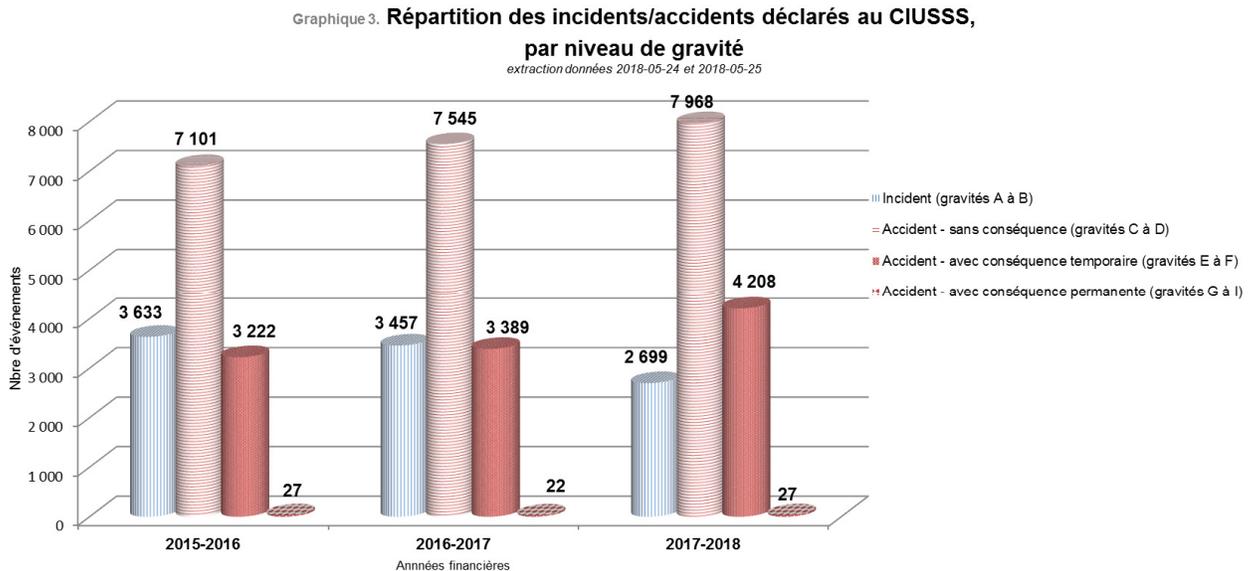
Analyse des événements sentinelles

Nous observons une augmentation de la déclaration d'événements sentinelles de gravité G-H-I, soit 27 en 2017-2018 surtout en longue durée, comparé à 22 en 2016-2017 (cependant égal au nombre déclaré de 2015-2016 de 27). Ces derniers ont tous été évalués lors de revues d'événements pour en ressortir les facteurs contributifs et mettre en œuvre des plans d'amélioration. Au total, 60 revues d'événements ont été conduites cette année pour aussi inclure des événements hors G-H-I à risque élevé et qui méritent une étude approfondie et un plan d'action pour éviter leur récurrence.

Thèmes récurrents :

L'analyse des tendances découlant des événements sentinelles et leur revue ont permis d'en dégager les thèmes principaux suivants :

- Chutes contribuant au décès ou requérant une intervention pour maintenir en vie;
- Événements en lien avec la gestion des médicaments.



Objectifs CIUSSS en matière de gestion des risques

1. Augmenter les déclarations et l'amélioration de la qualité des données ainsi que la rapidité de réception des déclarations des rapports AH-223 directe, en ligne, des incidents et accidents autant dans les secteurs avec saisies centralisés comme décentralisées;
2. Promouvoir la culture de sécurité (déclaration, divulgation, transparence, culture juste);
3. Former sur la divulgation des accidents et promotion sur la documentation associée à la divulgation;
4. Améliorer la rapidité avec laquelle les recommandations d'analyse des événements sentinelles sont produites, diffusées et mises en œuvre;
5. Améliorer le suivi des recommandations découlant de l'analyse des événements sentinelles.

Afin de promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents et accidents, l'équipe de la gestion des risques et de la qualité a contribué aux activités suivantes :

- les semaines de la sécurité des usagers afin de sensibiliser les équipes de soins et de services ainsi que les usagers, les semaines du mois d'octobre-novembre 2017 sur l'ensemble des sites;
- des activités de formation et d'orientation des intervenants et des nouveaux employés, stagiaires et bénévoles;
- des séances de formation continue sur la déclaration des incidents et accidents au personnel et aux gestionnaires et des rapports continus et personnalisés avec les conseillères qualité;
- des visites d'évaluation des risques sont effectuées, à la demande et au besoin;
- des publications dans le journal de l'établissement : le 360 et sur l'intranet sur les bonnes pratiques et les succès.

3.3 LES FAITS SAILLANTS

3.3.1 Soins infirmiers

Le rapport annuel de la Direction des soins infirmiers est centré autour de trois grandes priorités stratégiques soit : l'expérience patient, l'accès et le volet académique.

Expérience patient, qualité et sécurité des soins

Pour augmenter la sécurité et la satisfaction des patients, des tournées ciblées ont été adoptées afin d'implanter une démarche plus proactive et systématique, fondée sur des données probantes, pour les tournées horaires des patients. Lorsqu'il est mené de manière cohérente, ce type d'intervention a confirmé son efficacité sur le plan de la réduction des chutes, des plaies de pression et de l'utilisation des sonnettes d'appel. Ce projet a été lancé dans 14 unités de soins de courte durée, de réadaptation et de soins de longue durée à l'échelle du CIUSSS au cours de l'exercice 2017-2018. Bien que l'intégration du programme dans tous les établissements du CIUSSS soit encore en cours, des audits ponctuels démontrent que certaines unités ont déjà enregistré une baisse du nombre de chutes allant de 6 % à 39 %, des communications plus efficaces et une moindre utilisation des sonnettes d'appel. Les tournées ciblées continueront à être implantées dans une foule d'autres unités au cours de l'année à venir.

L'équipe Prévention et contrôle des infections a travaillé activement avec les équipes cliniques et la direction de l'Hôpital pour mettre en œuvre des interventions et protocoles visant à apporter des améliorations notables au niveau des pratiques d'hygiène. En effet, le taux de conformité global aux pratiques d'hygiène des mains a considérablement augmenté, passant de 65 % à 77 %, résultat supérieur à l'objectif de 70 % exigé par le Ministère en 2017. De plus, le taux d'acquisition d'infections nosocomiales causées par les organismes producteurs de carbapénémase (OPC) a baissé de 45 % comparativement à l'exercice précédent. Enfin, citons le recul impressionnant du nombre d'infections à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), soit de 67 % depuis 2013.

Au cours de l'exercice 2017-2018, l'équipe de direction des soins infirmiers en oncologie a mis en place deux projets pilotes visant à améliorer la gestion des symptômes du cancer et à accélérer l'accès au traitement, pour ainsi réduire les admissions à l'Hôpital et les visites au Service de l'urgence.

S'appuyant sur des protocoles d'évaluation et de traitement fondés sur des données probantes, le personnel infirmier a pu gérer de nombreuses demandes de patients au téléphone. La ligne Info-Onco, lancée le 12 février 2018, a reçu, en date de la fin du mois d'avril, 135 appels de patients, parmi lesquels 97 % ont été dirigés à d'autres services que l'urgence. Des indicateurs de qualité, mesurés à intervalles précis, vérifient les résultats thérapeutiques, le temps d'attente des rappels, les pratiques de gestion des symptômes et la satisfaction des patients et infirmiers-ières.

Par ailleurs, nous en sommes aux dernières étapes de l'élaboration d'un protocole de traitement de la neutropénie fébrile. Ce protocole, fondé sur des pratiques exemplaires, permettra aux patients à faible risque de recevoir des soins en consultation externe, démarche qui contribuera à réduire le délai entre le moment de leur arrivée et le début de l'intervention et en définitive, à améliorer les résultats thérapeutiques. L'évolution de l'état de santé des patients à risque fera l'objet d'un suivi quotidien en consultation externe, approche qui aidera à diminuer la durée des séjours à l'Hôpital et les visites à l'urgence.

Afin d'améliorer l'expérience des familles vivant un deuil périnatal, notre comité multidisciplinaire a mis en place une cérémonie en l'honneur de la journée du deuil périnatal, le 15 octobre 2017 dernier. Cette cérémonie très touchante et apaisante a permis à plusieurs familles de se réunir, en mémoire de leurs êtres chers partis trop tôt. Un endroit de recueillement a également été inauguré dans notre CIUSSS, afin de permettre aux familles vivant un deuil périnatal de se recueillir quand elles en ressentent le besoin. Ainsi, un jeune arbre a été planté comme symbole d'espoir, et un banc a été installé comme lieu de réconfort, près de l'entrée du pavillon H, sur le chemin de la Côte-des-Neiges.

Amélioration de l'accès aux soins et services

L'équipe interdisciplinaire (DSI, DSM, SAPA, DSP) de leaders en planification des congés complexes, formée en 2017, est devenue une entité phare pour le CIUSSS dont nous sommes très fiers. Afin de mieux coordonner et de faciliter les congés complexes, nous avons instauré des rencontres hebdomadaires de l'équipe interdisciplinaire des milieux hospitalier et communautaire. La synergie créée par cette équipe permet d'améliorer les durées de séjours, l'accès à nos services et d'offrir également une expérience-patient positive.

En s'associant avec le Clinical International Operation board, l'équipe a su démontrer son efficacité et son expertise dans la gestion, la coordination et la mise en place de services autant sur le plan physique que social, pour le retour sécuritaire des patients dans leur milieu de vie. Le service de gestion de l'information contribue grandement à ce projet en nous fournissant quotidiennement de nombreuses données importantes essentielles à la prise de décision. Depuis 2016-2017, nous avons pu apprécier une diminution de la durée moyenne de séjour allant jusqu'à 24 % dans certaines unités visées par le projet.

La réussite de notre projet a été reconnue par le Advisory Board International (ABI), une société mondiale de conseils, recherche et technologie, comptant des membres dans le monde entier, qui aide les dirigeants d'institutions et d'établissements de santé à améliorer la qualité et l'efficacité des soins aux patients. Reconnaisant le succès et le caractère novateur de notre initiative, ABI a sollicité notre équipe afin de partager les meilleures pratiques de notre projet via un webinaire diffusé au Canada et auquel ont notamment participé l'Institut Fraser, l'Hôpital d'Ottawa et l'Hôpital Queensway

Carleton. Reconnaisant le succès et la nature novatrice de notre initiative, le ABI a sollicité notre équipe afin de partager les meilleures pratiques de notre projet via un webinaire diffusé au Canada et auquel ont notamment participé l'Institut Fraser, l'Hôpital d'Ottawa et l'Hôpital Queensway Carleton.

L'accès des patients aux lits du CIUSSS est l'une de nos grandes priorités. Un des projets visant l'amélioration de l'accès est celui touchant la clientèle « Grands consommateurs » (GCO). En collaboration avec d'autres directions nous avons créé une démarche afin de coordonner plus efficacement les besoins de cette clientèle en facilitant une prise en charge dans la communauté, ce qui évite les retours à l'urgence de même que les hospitalisations.

Toujours en lien avec l'objectif d'améliorer l'accès et d'éviter des séjours à l'urgence et aux soins intensifs, nous avons inauguré trois lits de type « haute intensité » au K6 à l'Hôpital général juif où des soins plus aigus y sont donnés. Ceux-ci sont dédiés aux patients dont la condition de santé requiert une augmentation de l'intensité, de la surveillance et des interventions. Ceci facilite une meilleure coordination de la gestion des lits.

Afin d'améliorer l'accès régional, l'hôpital Julius-Richardson a vu son mandat de réadaptation neurologique élargi. Ainsi, une réattribution du parc de lits a fait passer de 21 à 31 le nombre de lits pour notre mission neurosciences.

Dans le dossier de la Direction générale de cancérologie sur l'accès à la coloscopie longue, de nombreux efforts ont été déployés afin d'augmenter la capacité en réaménageant l'offre de service. Ces changements nous ont permis d'augmenter de 8,5 % le nombre de coloscopies par rapport à l'exercice 2016-2017.

En septembre 2016, nos projections de besoins en suppléance rénale ont été reconnues par le MSSS alors que trois stations additionnelles d'hémodialyse nous ont été accordées, portant notre total à 40. Du côté de la dialyse péritonéale, nous avons poursuivi les travaux reliés au plan triennal ministériel d'accès à un mode de dialyse autonome, et nous sommes fiers de rapporter des résultats spectaculaires. À la fin de 2017, 40 % de notre clientèle débutant la dialyse a commencé en dialyse péritonéale (mode autonome), ce qui nous permet d'atteindre d'ores et déjà la cible ministérielle de 2025 (40 %), et de dépasser largement la cible de 2019 de 25 %.

Cette année, nous avons travaillé de concert avec le MSSS et l'Université McGill afin d'élaborer un plan d'action ministériel pour le déploiement de 140 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans notre CIUSSS. Ce plan contribue au plan ministériel de 2000 IPS d'ici 2020. Nous avons procédé à l'identification des besoins, au développement et à la consolidation des milieux de stage en partenariat avec l'Université McGill ainsi qu'au plan de collaboration avec les médecins partenaires.

Le dossier des demandeurs d'asile a pris beaucoup d'importance au cours de la dernière année. En effet, le volume de ceux-ci a augmenté de façon substantielle. La direction des soins infirmiers a contribué par l'élaboration et la communication des avis cliniques, des protocoles et des ordonnances collectives afin d'assurer une prestation de services sécuritaires dans les différents milieux.

Mission académique et rayonnement

Une revue de littérature exhaustive a permis d'identifier un outil permettant d'établir la quantité de personnel nécessaire pour prodiguer des soins de qualité. Cet outil, en provenance du Royaume-Uni, a suscité notre intérêt pour sa pertinence, sa simplicité, sa rigueur scientifique et son lien intrinsèque avec les mesures de qualité des soins. Comme cet outil a été développé dans un contexte britannique, nous devons amorcer un processus de validation rigoureux afin de pouvoir l'utiliser au Québec. Une collaboration internationale s'est alors établie avec les créateurs de l'outil afin de planifier le processus de validation québécois. Cet exercice a été complété en septembre 2017.

En parallèle, la Direction nationale en soins infirmiers au Ministère de la santé et des services a démontré un grand intérêt pour nos travaux. Nous avons alors été invités à les présenter au comité paritaire national du MSSS. Les instances syndicales ont eu une réaction très positive vis-à-vis l'utilisation de l'outil. Dernièrement, lors de l'entente entre le MSSS et la FIQ sur les projets ratios, l'outil validé et traduit par nous sera au centre des projets pilotes sur les ratios. Le CIUSSS a obtenu un droit d'auteur sur la traduction française et une reconnaissance pour la validation québécoise de l'outil. La Direction des soins infirmiers du CIUSSS a été sollicitée pour développer et offrir la formation aux professionnels du réseau qui participeront aux projets pilotes.

Au mois de mai 2017, la Direction des soins infirmiers a organisé son 34^e colloque annuel sur les sciences infirmières, la santé et les soins de la santé, intitulé 'Réflexion sur l'écart-type : La complexité des rôles infirmiers et l'impact sur l'organisation des soins'. Ce colloque important traitait les questions complexes relatives à l'administration de soins sécuritaires et de haute qualité et à la composition la plus appropriée du personnel infirmier pour assurer des soins d'excellence. Les conférenciers invités de renommée internationale ont attiré 175 participants de toute la province.

D'autre part, nous avons présenté au 7^e Congrès mondial du SIDIIEF 2018 sept exposés sur les études de recherche, les initiatives en matière de soins infirmiers cliniques et le travail effectué en partenariat avec le Programme conjoint de sciences infirmières de McGill. Nous sommes fiers d'avoir présenté un vaste nombre de projets infirmiers pendant ce congrès international de renom tenu à Bordeaux, en France. La plupart des projets présentés sont décrits dans le présent rapport annuel.

Sous la direction de la Dre Laurie Gottlieb, infirmière-chercheuse en résidence, et selon son ouvrage révolutionnaire, *Les soins infirmiers fondés sur les forces (SSF): La santé et la guérison de la personne et de la famille*, plusieurs groupes de réflexion pratique ont été

mis sur pied pour explorer et comprendre les principes et valeurs des SSF. Dans le cadre de cette démarche, chaque groupe de direction cerne et implante des stratégies visant à créer et soutenir des approches de soins de santé centrées sur le patient et la famille. Cette initiative d'étude et d'intégration est également importante pour aménager un environnement d'apprentissage efficace, qui assure la continuité de la formation des étudiantes-infirmières que nous continuons à accueillir de l'École de soins infirmiers Ingram, également adepte du cadre des SSF.

Dirigée par une équipe de chercheurs en sciences infirmières, une étude de recherche a été lancée dans quatre unités de médecine et de chirurgie afin d'évaluer le rapport infirmière et l'évaluation des risques de détérioration du patient effectuée par les infirmiers-ères. Les résultats de cette étude, attendus pour l'automne 2018, seront essentiels pour améliorer la qualité des communications entre les infirmiers-ères, particulièrement en ce qui concerne les patients à risque élevé ou dont l'état de santé est grave ou en déclin.

Vingt-cinq infirmiers-ères gestionnaires ont participé à un programme unique de perfectionnement du leadership adapté aux besoins de l'équipe de direction des soins infirmiers. Le cours a été conçu en respectant les principes d'apprentissage des adultes et une approche éducative positive. Les participants ont eu l'occasion d'appliquer les leçons et les stratégies de leadership apprises en élaborant des projets propres à leur unité, intégrés au programme à cet effet. Les cours théoriques étaient complétés par des séances de travail en petits groupes dirigées par des infirmiers-ères cadres supérieurs. Ces séances réunissaient des membres des différentes divisions cliniques pour encourager le partage et créer une plus vaste communauté d'infirmiers-ères gestionnaires. Élaboré en partenariat avec le Programme conjoint de sciences infirmières de McGill, l'École de formation continue de McGill et le Comité mixte de sciences infirmières de l'HGJ, ce programme échelonné sur neuf mois visait à consolider les aptitudes et compétences qui permettent aux infirmiers-ères de faire preuve de leadership transformationnel dans leurs tâches quotidiennes. Un certificat de perfectionnement en leadership dans le milieu de la santé sera remis aux infirmiers-ères gestionnaires à la fin du cours.

En juin dernier, deux infirmières ont été reconnues par l'Ordre régional des infirmières de Montréal/Laval pour leur contribution exceptionnelle. Tout d'abord, Marie Hélène Carbonneau, directrice adjointe des soins infirmiers a reçu le Prix Jeanne Mance qui est décerné à une infirmière gestionnaire dont les compétences et les réalisations contribuent au développement des soins infirmiers ainsi qu'à l'amélioration des soins de santé à la population. Ensuite, Kassandra Phanord, infirmière clinicienne au CLSC Côte des Neiges a obtenu le Prix Relève visant à reconnaître l'implication professionnelle remarquable d'une infirmière de la relève.

3.3.2 Services multidisciplinaires

La direction des services multidisciplinaires poursuit ses actions interdisciplinaires et en transversalité avec les différents programmes et directions afin de toujours améliorer les soins aux patients. Elle est fière de ses 1,500 professionnels qui proviennent de 12 Ordres professionnels conjuguant avec 40 titres d'emploi différents. Ses priorités d'action sont en lien avec les tactiques du PDG et visent l'excellence dans un continuum des soins et à travers l'expérience patients.

La Direction continue de consolider sa structure d'encadrement et l'architecture des services sous sa gouverne afin de transformer stratégiquement l'offre de services pour assurer l'accès au bon moment et au bon patient. À cet effet, par exemple, la DSM a revu l'organigramme de sa structure de postes et a jumelé le poste de chef du génie biomédicale avec celui de chef de la physique médicale en radio-oncologie. Les avantages sont multiples, les deux équipes travaillent en partenariat et assurent un meilleur support au niveau des équipements et des logiciels, par conséquent diminution des coûts d'entretien et amélioration des services aux patients.

Dans la même optique de consolidation des coûts et d'amélioration des services, la DSM a utilisé les services d'un consultant américain afin d'évaluer les processus à la centrale de stérilisation. Les résultats se sont avérés très positifs, ils démontrent un environnement de qualité, d'une très grande efficacité et qui est toujours en harmonie avec les normes.

Les congés pour les patients sont devenus primordial pour une bonne gestion du fonctionnement de l'Hôpital. Le soutien de la DSM en partenariat avec la DSI, la DSP, la Réadaptation, et SAPA a permis la mise en place des soins basés sur les meilleures pratiques pour les patients complexes. Cela a consisté en un travail interdisciplinaire qui a permis de soutenir les équipes de soins et l'élaboration d'un processus de surveillance robuste pour identifier et éliminer les obstacles à la gestion des congés des patients pour qu'ils soient sécuritaires et bien planifiés.

Dans quatre unités de soins pilotes, la durée moyenne du séjour était en baisse de 30% pour tous les patients, la coordination interdisciplinaire est plus cohésive et la communication le long du continuum de soins par les fournisseurs de soins de santé a été améliorée.

De multiples projets et initiatives ont été mis en œuvre pour s'assurer que les patients reçoivent les bons soins, au bon endroit, et au bon moment. Les résultats démontrent une réduction de 20% du nombre de jours présence ainsi que le nombre de patients hospitalisés nécessitant des soins alternatifs (NSA).

Notre succès dans la réorganisation des équipes de soins et l'accès à des indicateurs opportuns appuyés par la gestion de l'information a été reconnu et présenté par « *Advisory Board International Clinical Operations Board* ». Une société mondiale de

technologie de recherche et de conseil, qui aide les hôpitaux et les leaders du système de santé à améliorer la qualité et l'efficacité des soins aux patients.

Advisory Board a organisé un Webinar avec nous et des membres du Conseil consultatif de Fraser Health, de l'Hôpital d'Ottawa et de l'Hôpital Queensway Carleton pour partager notre histoire CIUSSS et l'impact que cela a eu sur l'organisation des soins que nous offrons à nos patients.

Un Manuel organisationnel de pratique (MOP) a été développé. L'objectif était d'avoir le résident et sa famille conscients de l'importance des repas ainsi que de respecter l'apport nutritionnel quotidien donné aux résidents. Ce manuel est l'issue d'un travail de collaboration de la Direction de la SAPA et de la Direction des services multidisciplinaires. C'est avec plusieurs focus groups, qu'un questionnaire a été élaboré et qui permet de valider, la qualité de la nourriture, les choix des menus, les heures des repas et la présentation des plats. Le prochain objectif est de valider la capacité des résidents à manger seul ou avec assistance et d'évaluer la position physique qui doit respecter les conditions du résident. De plus, en vue de mieux répondre aux besoins alimentaires, des diverses clientèles résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les menus continuent d'être révisés et standardisés, à travers nos 9 CHSLD.

Également, la DSM dans son volet de la pratique professionnelle a rencontré les 4 directions cliniques (SAPA, Réadaptation, 1re Ligne, et Santé Mentale) afin d'implanter une structure de soutien clinique pour les membres du Conseil multidisciplinaire. Elle a été impliquée dans le dossier piloté par le MSSS sur la Santé et Bien-être des hommes. Elle a soutenu plusieurs comités de différentes directions dans l'application des meilleures pratiques et du respect des normes et standards professionnels.

Un autre exemple de meilleure pratique, le programme H.E.L.P. (*Hospital Elder Life Program*) est basé sur le volontarisme développé à Yale qui vise à maintenir l'autonomie fonctionnelle des patients hospitalisés plus âgés en fournissant des activités ciblées par des bénévoles bien formés. Ce projet lancé par la DSM en partenariat avec la Direction des soins infirmiers et la Gériatrie est soutenu par la Fondation, le service auxiliaire de la femme, les généreux bénévoles et les équipes multidisciplinaires de l'hôpital. Au cours de la dernière année, les bénévoles ont fourni plus de 1400 heures de bénévolat et ont vu plus de 160 patients. Ce programme est également évalué par une équipe de recherche qui mesurera l'impact du projet sur la réduction du délire et la durée du séjour. Les commentaires des patients et des familles ont été excellents et ce projet sert de modèle pour maximiser l'expérience du patient pendant son séjour à l'hôpital tout en améliorant les résultats. La phase pilote du programme H.E.L.P. est maintenant terminée et en est à sa deuxième phase d'expansion vers d'autres unités. Différentes écoles pour professionnels ont démontré un intérêt à ce que les étudiants fassent un stage obligatoire «de bénévolat» avec le projet H.E.L.P. afin d'introduire les étudiants sur la façon de travailler avec une population plus âgée vulnérable.

Le département des services sociaux a mené plusieurs initiatives pour améliorer la qualité des soins des patients. Par exemple, les services sociaux ont pour mission de sensibiliser et de mettre en place des structures pour offrir un soutien comportemental et psychosocial aux familles pendant la période difficile et stressante de la perte périnatale. Grâce à son leadership dans un comité de perte périnatale, le département a joué un rôle important dans la réalisation d'une plantation d'arbres sur les terrains de l'hôpital, le 15 octobre 2017, pour souligner le début de « *La journée de commémoration de la grossesse et des pertes infantiles* ».

Le volet réadaptation hospitalier de la DSM a également joué un très grand rôle au niveau du continuum de soins et de l'amélioration des services :

Le département de physiothérapie a participé aux côtés de chercheurs de la Bourse de recherche en réadaptation Edith Strauss sur l'évaluation des besoins en matière de soins critiques pour les physiothérapeutes qui souhaitent travailler dans l'unité de soins intensifs. Avec la contribution de tous les physiothérapeutes, un outil d'apprentissage visant à faire passer les connaissances de la recherche dans la pratique de la réadaptation est en cours de validation. De plus, des chercheurs de l'Université de Montréal sont en train de mettre en œuvre une validation initiale d'un modèle de soins en physiothérapie avancée pour les patients souffrant de troubles musculo-squelettiques, présentée à un service des urgences de l'HGJ.

Le département a été un récipiendaire scolaire pour l'année 2016-2017 de l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill. Le but de ces initiatives était de promouvoir les meilleures pratiques en éducation cliniques (travail sur le terrain) et de soutenir l'amélioration de la qualité de l'enseignement et de l'apprentissage en développant un outil complet d'orientation-enseignement pour nos étudiants. Il a été conçu pour accélérer la transition des étudiants vers la pratique clinique en leur fournissant des contrats d'étudiants et des affectations préparatoires spécifiques à la rotation qui reflètent la réalité clinique la plus récente. Le but était de maximiser le temps clinique avec les patients en minimisant le temps consacré à l'orientation, assurer la sécurité des étudiants et des patients par une exposition précoce aux procédures de l'hôpital et améliorer la préparation aux stages en fournissant des cas spécifiques avant le placement.

Les initiatives du département d'ergothérapie au cours de la dernière année visaient à normaliser la pratique, faciliter l'accès aux services d'ergothérapie et améliorer les soins aux patients en mettant l'accent sur la redéfinition des protocoles, le développement des rôles au service des urgences et de nouvelles offres de service. Plusieurs protocoles ont été réévalués, tant au sein de notre service qu'à l'hôpital, et de nouveaux protocoles continuent d'être développés, y compris la mobilisation précoce dans l'unité de soins intensifs cardiaques, l'attelage des greffes post-cutanées, le positionnement dans la cicatrisation et l'accès aux interventions ergothérapeutiques. Un ergothérapeute à temps plein a été ajouté au service des urgences pour travailler au sein de l'équipe multidisciplinaire et faciliter la planification des congés. De nouvelles offres de services

ont également été ajoutées, telles que des interventions pour améliorer la fonction post-mastectomie des membres supérieurs dans la clinique d'oncologie ambulatoire et une évaluation approfondie des capacités de conduite dans la population de santé mentale.

Le Département de l'orthophonie a continué d'améliorer les soins aux patients en participant à de multiples comités et à divers enseignements dispensés tout au long de l'année. Un essai de recherche multi sites a été lancé en janvier afin de comparer l'efficacité d'une intervention prophylactique de déglutition chez les patients recevant une radiothérapie pour un cancer de la tête et du cou. De plus, l'offre de service pour les patients ayant des problèmes de la voix, a été révisée afin de réduire les listes d'attente et d'améliorer les résultats thérapeutiques. L'accès amélioré aux résultats d'évaluation et de traitement pour les patients externes a été établi grâce à l'utilisation de la documentation en ligne et a facilité la communication entre les professionnels de la santé menant à de meilleurs soins aux patients.

La nutrition clinique en collaboration avec les soins infirmiers a mis en place un système fermé pour l'administration de la nutrition entérale à l'HGJ et au Mount Sinai afin d'être cohérent avec le reste du CIUSSS et d'améliorer la sécurité des patients par moins de manipulation et de contamination.

Des ensembles d'ordonnances de patients ont été développés pour faciliter la commande et l'administration de la nutrition entérale. De plus, toutes les diététistes ont été formées à une nouvelle approche de diagnostic de la malnutrition à l'HGJ et ont offert des services internes aux unités de soins infirmiers afin de présenter une voie interdisciplinaire pour dépister, diagnostiquer et surveiller la malnutrition. Medpass, un programme de suppléments nutritionnels oraux, a été mis en œuvre pour tous les patients en attente d'une chirurgie de fracture de la hanche afin d'optimiser l'apport avant la chirurgie. Enfin, notre diététiste du Mount Sinai a préparé une présentation sur la nutrition et la MPOC, qu'elle présente à l'aide de la télémédecine pour le premier programme de téléconférence pour la réadaptation pulmonaire au Québec.

Le service des aides techniques du centre de réadaptation Constance-Lethbridge a construit sa propre salle d'entraînement à la propulsion de fauteuil roulant manuel. Apprendre à utiliser un fauteuil roulant est important pour ceux qui ont des troubles de la marche, car le fauteuil roulant permet la mobilité et la participation sociale. Les techniques de propulsion, les transferts dans un fauteuil roulant, l'entretien du fauteuil roulant et la navigation dans les barrières, les rampes et les terrains accidentés sont des habiletés importantes à aborder pendant l'entraînement en fauteuil roulant. Les objectifs de la création d'une salle d'entraînement à la propulsion de fauteuil roulant manuel sont de maximiser les utilisations sécuritaires, diminuer les blessures et améliorer le sentiment de bien-être. Le service des aides techniques est aussi impliqué dans de nombreux projets de recherche. Avec le CRIR, où la mise en œuvre de MOVIT-PLUS, un suivi systématique et une formation des dyades utilisateurs-soignants après la fourniture de technologies d'assistance est en cours d'évaluation. En plus, avec Edith Strauss de

McGill, on travaille à coconstruire des outils efficaces de transfert des connaissances pour une utilisation appropriée des technologies d'assistance à la mobilité.

Cette année fut fertile en développement professionnel pour l'ensemble des services diagnostiques et thérapeutiques de la DSM. Tous les technologues ont nouvellement obtenu le titre de « Technologues autonomes » et passé l'inspection de l'OTIMROEPMQ pour les échographies générales, cardiaques et obstétriques. Les inhalothérapeutes ont contribué au succès et ne cessent de repousser les limites de l'utilisation de la thérapie par canule nasale à haut débit avec un protocole dirigé par les inhalothérapeutes du NICU. Ils ont également transféré leurs expertises pour permettre aux patients du MSICU et tout récemment au CVICU de bénéficier de cette thérapie. C'est avec succès que cette thérapie fût appliquée pour la première fois sur un patient qui pesait aussi peu que 500g. Et finalement, les inhalothérapeutes en physiologie respiratoire sont actuellement en processus pour obtenir leur certification afin de procéder aux ponctions artérielles.

La DSM a aussi développé certaines composantes techniques, entre autres, en Médecine nucléaire, l'introduction des TEP PSMA-Ga68, un test diagnostique qui permet à une clientèle spécifique (urologie), d'accéder à un meilleur suivi diagnostique et une orientation vers les services appropriés (chirurgie et/ou radiothérapie). Les échographies obstétricales ont été intégrées avec succès à Radimage et au PACS et en anesthésie, l'amélioration en continu du logiciel de dossier patient électronique permet d'éliminer les dossiers papier.

Et pour compléter la liste des travaux majeurs de 2017-2018, la DSM s'est engagée à atteindre les objectifs de résultats fixés par le MSSS et a encore repoussé les limites en améliorant la liste d'attente pour les examens d'imagerie diagnostique. Nous avons donc été en mesure d'offrir des services diagnostiques dans les délais cliniques requis pour 80 à 90% de notre clientèle, et ce pour tous les services confondus.

3.3.3 Services intégrés de première ligne

Service régional Info-Santé et Info-Social (SRISIS)

Nous avons répondu à 7% de moins d'appels au service régional d'Info-Santé en 2017-2018 versus 2016-2017 (364 328 vs 336 029). Cependant, pour la clientèle enregistrée à la Garde infirmière médicale associée (GIMA), nous avons eu une augmentation de 12 % d'appels répondus (7 488 vs 8 360). Malgré la baisse du nombre d'appel répondu, la moyenne d'appel répondu par heure est restée sensiblement identique à 3.4. Le manque d'effectif explique en partie la diminution d'appel répondu. Au niveau d'info-social, nombre volume d'appels répondus a augmenté de 32% (26 383 vs 34 702).

GAMF

Il y a une plus grande prise en charge de la population par un médecin de famille, notamment avec 13 017 nouvelles personnes ont été inscrites à un médecin de famille, ce

qui mène notre taux d'inscriptions à 64,5%. Les médecins de notre territoire ont enregistré une capacité de 128% de la population de notre territoire.

Radicalisation

Dans le plan d'action gouvernemental 2015-2018 *La radicalisation au Québec : agir, prévenir, détecter et vivre ensemble*, notre équipe dédiée poursuit son mandat en prévention, formation, intervention et recherche entourant ce phénomène.

Pour la grande région de Montréal, un partenariat local solide s'est développé et des liens étroits ont été créés avec les commissions scolaires, le SPVM, le Centre jeunesse de Montréal.

Afin de répondre au mandat suprarégional, nous avons proposé la mise en place d'une offre de service qui aura comme conséquence d'augmenter de manière significative les ressources humaines spécialisées pour répondre aux besoins terrains et outiller les intervenants afin qu'ils soient prêts à intervenir en situation de crise.

Services généraux

Le transfert des services hospitaliers vers la communauté telle que la clinique de l'apnée du sommeil au CLSC René Cassin et la clinique d'oncologie au CLSC Benny Farm ont contribué cette année à l'amélioration de l'offre des services généraux de 1^{re} ligne à la population en collaboration avec la Direction des services professionnels de l'Hôpital général juif. Notons également la mise en place de services de Télé Soins en maladie chronique dans le cadre d'un projet pilote mené par le GMF Herzl.

GMF

Nous avons développé deux nouveaux GMF en 2017-2018, les GMF Diamant et Cavendish. Ceci porte à 15 le nombre total de GMF sur son territoire ce qui représente 45 cliniques médicales.

Trois super-cliniques ont ouvert leurs portes sur le territoire de notre CIUSSS en septembre 2017, soit les GMF-R Herzl, Queen-Elizabeth et MétroMédic. Deux autres super-cliniques ont également ouvert leurs portes le 1er avril dernier, soit les GMF-R Diamant et Westmount-Square. L'équipe s'efforce actuellement de trouver un endroit, dans le secteur de Montréal-Ouest, pour l'ouverture d'une sixième super-clinique.

Nous avons eu aussi la création de trois GMF-U, deux intramuros (Herzl et Village Santé) et un extramuros (Queen-Elizabeth).

PRAIDA

Le mandat suprarégional du PRAIDA touche les volets de l'hébergement temporaire, des services psychosociaux et des services de santé.

Dans ce cadre, nous avons en moyenne 1 048 personnes hébergées quotidiennement pour un total de 20 389 personnes hébergées et 382 619 nuitées. De plus, nous avons vu 20 673 usagers différents pour des services psychosociaux et 4 100 usagers différents pour des services de santé offert par une infirmière du PRAIDA.

L'augmentation exceptionnelle du nombre de DDA depuis l'été 2017 nous a amené à revoir l'ensemble de nos pratiques. Nous avons eu la gestion de 11 sites d'hébergement temporaire à l'été 2017. Le PRAIDA a dû déménager dans des nouveaux locaux afin d'effectuer un déploiement significatif de ressources humaines pour répondre aux besoins de la clientèle. L'Ensemble des directorats du CIUSSS a été mobilisé afin de répondre à l'augmentation soudaine de clientèle.

Nous avons eu une augmentation de 77 % du nombre de réfugié cette année en passant de 1 531 réfugié en 2016-2017 à 2 714 en 2018-2019.

La concertation interministérielle pour assurer la fluidité du parcours des demandeurs d'asile et l'établissement de nouvelles trajectoires et de corridors de services, notamment pour les femmes enceinte ont été des moments marquant.

Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asiles

Le mandat du Centre d'expertise est suprarégional. Dans ce cadre, deux webinaires ont été organisés. Nous avons aussi misé sur le développement et la mise en ligne d'une communauté de pratique. Un bulletin d'information trimestriel pour les équipes des CISSS/CIUSSS mandatés a été distribué. Nous avons aussi développé une trousse d'outils pour l'accompagnement des demandeurs d'asile. Il y a eu trois rencontres avec les équipes des CISSS/CIUSSS mandatés en plus de l'organisation d'un colloque Parcours de résilience : accompagner les réfugiés suite aux traumatismes. Le premier concours de bourses d'étude et de fonds de démarrage a eu lieu cette année. Trois principaux projets de recherche et d'évaluations sont en cours.

Enfance-famille / Jeunes en difficulté / CAFE / Scolaire

Nous avons effectué cette année la révision et l'harmonisation de l'offre de services et du cheminement client en plus d'avoir mis en place un comité d'amélioration continue de la qualité (ACQ), visant à la fois l'amélioration de la qualité et de la sécurité de nos services en vue de l'Agrément en 2018.

Nous avons mise en place le Comité local scolaire rassemblant les directions d'école et les commissions scolaires de notre territoire.

Nous avons élaboré des lignes directrices et un guide pour la saisie statistique afin d'améliorer la qualité des données et faciliter la saisie statistique.

Grâce à l'engagement des professionnels et des gestionnaires, nous avons constaté une diminution importante de l'attente pour les services Jeunes en difficulté à Benny-Farm en passant de 107 jeunes en attente l'année dernière à 22 cette année et de 35 jours avant la première intervention à 16 jours.

Nous avons mise en œuvre une nouvelle offre de services de *Soins pédiatriques complexes à domicile* qui a nécessité l'implication intersectorielle.

Nous avons été coleader de l'UPI *0-7 ans Enfants avec retard de développement* avec la collaboration de la Direction de la Réadaptation. Cette UPI vise à améliorer la qualité, la continuité et la fluidité des services pour les enfants de 0-7 ans ayant un retard de développement, par la mise en place d'une trajectoire de services interdirection. Les travaux réalisés jusqu'à maintenant ont permis d'améliorer le service de dépistage pour les enfants affichant un retard de développement, afin qu'ils reçoivent plus rapidement les services d'évaluation, de stimulation et de réadaptation dont ils ont besoin.

Nous avons été coleader de l'UPI *Santé mentale périnatale* de la collaboration Direction Santé mentale. Cette UPI vise à améliorer le dépistage des problèmes de santé mentale durant la période périnatale, mais surtout à assurer une meilleure communication entre les différents partenaires engagés dans la trajectoire. Une offre de services bonifiée est en cours d'élaboration, tant pour les services de première ligne que pour les services de santé mentale.

Nous avons participé à l'évaluation de programme de la Clinique Bébé-dent réalisée par l'Institut national de santé publique.

Santé publique

Cette année, nous avons concrétisés 100 % des livrables du Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal (PARI).

Nous avons effectué une révision de l'offre de services en organisation communautaire visant une meilleure accessibilité. De plus, nous avons formaliser des ententes de partenariats avec la communauté.

Nous avons mise en place un centre d'accès et de récupération du matériel stérile d'injection (CAMSI) au CLSC de Benny Farm afin d'augmenter la sécurité des espaces publics et prévenir la transmission des ITSS.

Nous avons créé une équipe environnement favorable à la santé pour soutenir une implantation efficiente du PARI.

Nous avons révisé les processus de gestion des produits immunisants pour assurer la qualité des vaccins.

Nous avons mise à jour le protocole post-exposition pour assurer la sécurité des travailleurs et des usagers.

Nous avons adopté une politique sans fumée cohérente pour tout le CIUSSS.

Nous avons participé au comité régional de coordination réseau – développement d’espaces d’échange entre le CIUSSS et la DRSP.

Nous avons publié un livre intitulé *Les enfants, les jeunes et leur famille au CIUSSS Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal : État de situation*. Ce fut une réalisation conjointe de la Santé publique et des Services enfance, famille et jeunesse.

Bons coups

➤ **Augmentation de 17 % de la clientèle vaccinée**

Grâce à l’actualisation des processus et à une meilleure planification des cliniques de vaccination, les anciens réseaux de la Montagne et Cavendish ont enregistré une hausse de 12,6 % et de 21,63 %, respectivement, de la clientèle vaccinée.

Le partenariat entre plusieurs Directions (transport et logistique, ressources matérielles, technologies de l’information, ressources humaines, communications, SAPA et santé mentale) a entraîné l’harmonisation de nos pratiques à titre de CIUSSS. Cette volonté de collaborer a permis à tous les intervenants de mieux comprendre les enjeux et les besoins, et de réagir rapidement aux urgences, le cas échéant.

➤ **Offre de soins dentaires pour les jeunes d’une école secondaire**

Les étudiants, dont de jeunes immigrants nouvellement arrivés, de l’école secondaire La Voie, située dans l’arrondissement Côte-des-neiges-Notre-Dame-de-Grâces, reçoivent maintenant des soins dentaires préventifs. L’initiative est possible grâce à la collaboration des étudiants en hygiène dentaire du Collège de Maisonneuve. Pour répondre aux besoins des jeunes devant recevoir des soins plus poussés, un corridor de services a été mis en place en 2017, en collaboration avec la clinique de soins dentaires de l’Université de Montréal.

➤ **Premières nations, Métis et Inuits à Montréal, étude sur la prévalence du VIH**

Ce projet de recherche est mené en partenariat entre notre CIUSSS, le CHUM, l'Université Concordia et le réseau SIDA/MI. Les objectifs de l'étude sont :

- d'évaluer le nombre de personnes des Premières Nations, Inuits ou Métis vivant à Montréal ayant le SIDA ou une maladie infectieuse;
- déterminer s'il existe un risque de propagation de ces infections aux communautés éloignées ou nordiques;
- initier un dialogue entre toutes les parties prenantes (chercheurs, cercles de discussion des Premières Nations, Métis et Inuits et Santé publique) afin de déterminer les moyens de restreindre la propagation auprès des populations autochtones.

➤ **Réduction de la main-d'œuvre indépendante (MOI) au SRIS**

Grâce à une campagne de recrutement soutenue et à de nouveaux postes dynamiques, l'équipe d'Info-Santé a pu réviser son recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) et réduire l'utilisation des ressources infirmières provenant d'agences. En quatre ans, les besoins sont passés de 1 526 heures de MOI par période à seulement 56 heures.

➤ **Renforcement des liens entre le CIUSSS et les pharmaciens du territoire**

Plusieurs initiatives ont été mises en place pour favoriser la communication et mieux comprendre les différents enjeux cliniques entre notre CIUSSS et les pharmaciens. Notamment, deux tables rondes des pharmaciens du secteur Cavendish et du secteur de la Montagne ont été mises en place récemment. Les deux groupes s'efforcent de faire progresser plusieurs projets au sein de notre territoire.

Pour faciliter l'échange d'information, une Zone partenaires et un nouveau bulletin d'information ont été créés à l'intention des pharmaciens de Cavendish sur le site Internet du CIUSSS.

De plus, un sous-comité des pharmaciens en GMF a été mis sur pied pour faciliter leur intégration aux groupes de médecine de famille. L'objectif de ce sous-comité est de cerner les besoins, les difficultés, les attentes et les objectifs. Il permettra également le partage des connaissances, les outils et les pratiques en matière de GMF, ainsi que la planification de séances de formation continue.

➤ **Révision complète des cours prénataux et des cours prénataux en ligne**

En 2017, une refonte en profondeur du contenu et des formats des cours prénataux a eu lieu afin d'y intégrer les connaissances les plus récentes ainsi que les principes

d'andragogie. Au cours de la même année, une offre de cours prénataux en ligne a été élaborée et lancée à l'intention de l'ensemble de la clientèle du territoire de notre CIUSSS.

➤ **Radicalisation violente au Québec : un programme en quatre volets**

Dévoilé en juin 2016, le Plan d'action gouvernemental La radicalisation au Québec : agir, prévenir, détecter et vivre ensemble vise à apporter une réponse concertée au phénomène de la radicalisation menant à la violence. La direction de ce programme suprarégional est assurée par un modèle de cogestion entre le Centre de recherche et de formation SHERPA, la direction des services de première ligne et la direction des Affaires académiques de notre CIUSSS.

L'équipe vise quatre volets d'action, soit la prévention, la formation, l'intervention et la recherche. Le CIUSSS dispose d'une équipe de professionnels spécialisés (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) qui évaluent en toute confidentialité des situations délicates en lien avec la radicalisation violente qui exige un savoir-faire particulier. L'équipe a également établi des partenariats avec des équipes cliniques en développement à Laval, à Québec, à Sherbrooke et à Gatineau.

➤ **Indicateurs de l'EGI**

- 1.01.13.01-EG2 % d'école publiques/actions en promotion et prévention en contexte scolaire. (CIBLE 79 %)
Résultat (P13) 100% pour Cavendish et 94,9% pour De la montagne
- 1.01.27-EG2 1ère dose du DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais. (Cible 92 %)
Résultats (P10) 90,4%.
Des enfants reçoivent la dose en clinique de rattrapage mais ceux-ci ne sont pas inclus dans le calcul.
- 1.01.28-EG2 1ère dose du méningocoque séro groupe C dans les délais. (Cible 90 %)
Résultats (P10) 73,6%
Il y a eu une augmentation de la demande de vaccins suite au règlement sur l'abolition des frais accessoires. Malgré que nous avons augmenté le nombre de cliniques nous n'avons pas réussi à atteindre notre cible.
- 1.01.30-EG2 1ère dose RROVar dans les délais. (Cible 85 %)
Engagement 85%
Résultats (P10) 64,6%

Il y a eu une augmentation de la demande de vaccins suite au règlement sur l'abolition des frais accessoires. Malgré que nous avons augmenté le nombre de cliniques nous n'avons pas réussi à atteindre notre cible.

- 1.01.29-PS Nombre d'activité de dépistage ITSS 15-24 ans. (Cible : Aucune)
Résultats (P11) 961.
- 1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins. (Cible 90%)
Résultats (P12) 88,4%
Nous avons amélioré notre résultat de 4% cette année. La consolidation de nos postes est notre priorité afin de répondre encore plus rapidement aux appels.
- 1.09.25-PS Nombre total de GMF (Cible 14)
Résultats (P13) 15
- 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (Cible 85 %)
Résultats (P13) 64,5 %
- 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique) (Cible 1)
Résultats (P13) 3

3.3.4 Réadaptation et déficience

L'année 2017-2018 a été marquée par des activités de développement. Voici les développements réalisés dans chaque programme par site.

A. Le Centre Miriam

A.1

Au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, nous avons récemment reçu des fonds supplémentaires pour l'ouverture de quatre nouveaux lits dans notre centre hautement spécialisé pour les usagers DI-TSA souffrant de TGC sévère dans le Complexe Guimont du site Miriam Home. Ces places supplémentaires nous permettront de mieux répondre à la demande croissante de nos partenaires sur l'Île de Montréal pour servir ces usagers; compte tenu de notre expertise clinique dans ce domaine.

De plus, nous avons reçu l'approbation préliminaire de rénover complètement une aile inutilisée au Complexe Guimont qui pourra accueillir jusqu'à 8 usagers. Cette aile ultra spécialisée sera très probablement l'installation la plus moderne au Québec pour ce type de clientèle hautement complexe DI-TSA-TGC. Les plans pour cette installation ont été développés à travers de nombreuses consultations avec des experts du SQETGC, des spécialistes cliniques, des psychologues, des éducateurs, des architectes, des gestionnaires et divers autres professionnels.

Cette unité très spéciale aura sept chambres, une variété de salles spéciales pour la thérapie et le counseling, des aires de loisirs, d'activités sociales, scolaires, d'isolement. IL y aura également une cuisine et un appartement modèle pour préparer les usagers TGC à la transition vers les milieux résidentiels. Toutes les chambres sont hautement spécialisées dans la conception et entièrement adaptées utilisant les dernières technologies et la conception du bâtiment pour répondre aux besoins de cette clientèle très complexe. Une fois terminée, elle sera à la fine pointe de l'intervention clinique au Québec pour les usagers DI-TSA-TGC.

A.2

Au complexe Guimont, la structure des postes a été revue afin de rendre plus efficace le soutien clinique. Parmi les changements apportés, mentionnons le rehaussement en soins infirmiers par l'ajout de deux infirmières auxiliaires et une infirmière afin d'offrir aux professionnels infirmiers du soutien clinique.

A.3

En ce qui a trait aux ressources résidentielles intermédiaires pour la clientèle DI-TSA, nous avons ouvert trois nouvelles ressources. Nous avons effectué 35 transitions d'usagers dans le réseau résidentiel et nous avons diminué la liste des usagers en attente pour un placement dans des ressources résidentielles par 35 %.

De plus, nous avons augmenté l'offre de journées de répit par 42 % et en ce faisant, nous avons réduit la liste d'attente pour le répit par 28 %.

A.4

Un effort important a été effectué pour diminuer la liste d'attente des enfants ayant besoin des services adaptation-réadaptation. Avec le soutien financier du MSSS et le plan d'action ministériel pour les personnes avec l'autisme, dans les derniers six mois de 2017, nous avons réussi à diminuer le temps d'attente par 50 %, permettant de combler les besoins des enfants et de leur famille plus rapidement. Également, il y a eu une augmentation du nombre d'enfants qui ont pu accéder au programme ICI, une thérapie intensive spécialisée de 20 heures par semaine pour les enfants autistes en âge pré-scolaire. À cet effet, nous avons réussi à augmenter la cohorte de 8 permettant à 23 enfants par année de bénéficier de cette intervention essentielle à leur développement.

Au programme d'intégration communautaire, nous avons ajouté un récréologue dont le rôle est de soutenir les gestionnaires des ressources intermédiaires, le personnel, les

familles et les organismes communautaires pour qu'ils puissent créer des possibilités d'activités de loisir afin d'améliorer la qualité de vie des usagers.

B. Le centre de réadaptation MAB-Mackay

B.1

L'identification des enjeux reliés à l'accès pour les cas de priorité élevée et l'implantation des solutions ont permis d'éliminer la liste d'attente pour un deuxième service et le résultat fut que plus de 18 mois d'attente a été récupérés en 5 mois.

B.2

Il y a eu le développement d'un comité conjoint avec la commission scolaire (EMSB) pour les aides à la communication. Dans le contexte d'un changement ministériel quant aux allocations de ressources pour les aides à la communication, nous avons révisé les rôles et responsabilités de chacun incluant :

- L'évaluation des besoins
- L'approvisionnement des équipements
- La livraison et la distribution des équipements en consultation
- l'accès et l'utilisation des équipements par les usagers qui fréquentent les écoles spécialisées.

B.3

Il y a eu la révision des services offerts aux clients de l'École Philip E. Layton en partenariat avec la commission scolaire EMSB. Depuis septembre 2016, nous avons développé des groupes et des modèles de consultation dans les domaines de réadaptation visuelle, orientation et mobilité, mouvement et intégration sensorielle dans le but de créer un environnement thérapeutique et d'améliorer la participation sociale.

B.4

Aux Programmes jeunesse 8-21 ans, il y a eu amélioration de l'offre de services en sports/activités adaptés pour nos jeunes ayant des déficiences physiques :

- Participation au Défi sportif pour les jeunes avec déficience visuelle en plus de ceux ayant une déficience motrice.
- Création du « Adapted Sports Fair » et d'activités récréatives Sportball.
- Plusieurs camps, par exemple, camp de bicyclette, camp de jour pour jeunes avec trouble de développement de la coordination.

B.5

En ce qui concerne les services visant les personnes âgées de 22 à 64 ans et celles de 65 ans et plus, des consultations en neuro-ophtalmologie sont désormais disponibles aux clients de la clinique d'ophtalmologie et des programmes de réadaptation afin de mieux répondre aux besoins particuliers de cette clientèle souffrant de troubles visuels, perceptuels et moteurs oculaires.

B.6

Dans le programme 0-7 ans déficience motrice, il y a eu une augmentation du nombre d'usagers desservi. Toutefois, il y a eu une augmentation du nombre d'usagers référés en déficience du langage. Cet ajout venait de la clientèle sur le territoire Parc-Extension qui auparavant était desservie par le Centre de réadaptation Marie-Enfant, causant une augmentation de deux mois du délai moyen de prise en charge pour cette déficience en 0-7 ans.

B.7

Il y a eu révision de l'offre de service pour la clientèle néonatale dépistée suite à la mise en place du Programme de dépistage auditif universel au Québec, et un nouveau groupe visant la clientèle bébé ayant une déficience auditive et leurs parents a été créé.

B.8

Au programme des 65 ans et plus en déficience auditive et visuelle, il y a eu sensibilisation des équipes de l'hôpital des vétérans Sainte-Anne pour un nouveau partenariat avec l'objectif avoué d'un nouveau corridor de services entre les deux établissements.

C. Le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

C.1

Le programme lombalgie a déménagé de l'Hôpital Catherine-Booth au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge pour être à proximité des équipes de l'autogestion de la douleur chronique spécialisées et surspécialisées afin d'améliorer le continuum de services.

C.2

Au programme neuro-musculo-squelettique, il y a eu mobilisation des intervenants de l'équipe afin d'adapter la programmation aux besoins de la clientèle ayant un syndrome douloureux régional complexe.

C.3

Le projet « Des cliniciens pour l'émergence de projets novateurs » a été choisi par notre jury interne pour représenter notre CIUSSS au Prix d'excellence 2017-2018 dans la catégorie « Valorisation et mobilisation des ressources humaines ».

C.4

Au programme d'accès aux technologies, les professionnels vont apprendre à connaître la clientèle pédiatrique et la clientèle des CHSLD de notre CIUSSS afin d'intervenir en temps opportun avec les usagers.

C.5

Au programme TCC, nous avons implanté l'outil de mesure Mayo Portland Adaptability Inventory. Cet outil mesure, entre autres, la participation sociale post-réadaptation de la clientèle.

D. L'Hôpital Catherine-Booth

À l'Hôpital Catherine Booth, l'année a été marquée par la résilience des équipes en collaboration avec les soins infirmiers à maintenir des pratiques exemplaires en matière de prévention des infections nosocomiales. Ainsi, la réadaptation a dû adapter ses pratiques et ses locaux afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des clientèles et à su garder une motivation pour offrir des services adéquats à tous leurs patients. De plus, l'âge moyen en réadaptation étant de plus de 80 ans, les pratiques cliniques doivent être maintenues à jour pour traiter adéquatement tous les enjeux de fragilité de cette clientèle.

E. CHSLD

Dans les résidences de soins de longue durée, les professionnels en réadaptation travaillent en pratique collaborative pour assurer des soins d'excellente qualité aux personnes âgées vulnérables tant en prévention des chutes, qu'en réduction des contentions et en prévention des lésions de pression. De plus, un accent est mis sur l'harmonisation des pratiques cliniques. Finalement, un projet pilote en orthophonie a débuté au Centre hospitalier gériatrique Maimonides afin de donner aux aînés ayant des problèmes de voix et à leurs proches, des outils plus adaptés pour communiquer.

F. L'Hôpital Mont-Sinaï

Intégration de nouvelles connaissances par le personnel de l'Hôpital Mont-Sinaï leur permettant d'accueillir une clientèle avec problématiques subaiguës dans le Programme de réadaptation respiratoire. Des services respiratoires spécialisés ont été développés utilisant la technologie de télé-réadaptation afin d'offrir des services respiratoires à travers le Québec.

G. La réadaptation à domicile

Dans le cadre du Programme de réadaptation à domicile, des efforts importants ont été déployés dans tous les secteurs pour continuer à harmoniser les pratiques et les outils d'évaluation ainsi que pour atteindre les cibles ministérielles pour 2017-2018.

De plus, les équipes prennent la mission universitaire à cœur et elles le démontrent par le nombre d'étudiants qu'elles supervisent et la qualité de supervision qu'elles fournissent.

La contribution qu'elles apportent à la mission universitaire aura des avantages durables pour la profession de réadaptation à domicile.

H. L'Hôpital Richardson

Au cours de l'exercice 2017-2018, l'équipe de réadaptation de l'Hôpital Richardson a fourni des services à 582 patients hospitalisés. Parmi ces derniers, 204 avaient subi un AVC et 76 % d'entre eux ont pu réintégrer leur domicile.

Depuis novembre 2016, les membres de l'équipe neurologique de soins ambulatoires intensifs de réadaptation post-AVC occupent le bureau satellite du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge dans la banlieue ouest. L'équipe est ainsi en mesure de rapprocher ses services du domicile des usagers et, conjointement avec l'équipe d'intégration communautaire, d'établir la trajectoire de soins de réadaptation ambulatoires post-AVC.

Par ailleurs, faisant preuve d'un esprit d'ouverture et de capacité d'adaptation, les équipes de l'Hôpital Richardson ont accordé la priorité aux soins aux patients pendant la réorganisation des services de réadaptation de l'hôpital, dans le cadre de laquelle le nombre de lits destinés aux victimes d'un AVC dans l'unité des soins neurologiques intensifs est passé de 21 à 41.

3.3.5 Santé mentale et dépendance

Les deux premières années de la réforme, suite à l'adoption de la Loi 10, auront principalement été consacrées à revoir, intégrer et consolider les modèles administratifs et cliniques déjà en place. L'année 2017-2018, aura qu'en a elle été marquée par le début de la refonte du modèle clinique vers l'intégration d'un continuum, et ce afin d'assurer la fluidité entre les différents paliers de services. Le défi était surtout au niveau de la gestion de changement, notamment, susciter l'engagement des intervenants, médecins, gestionnaires et collaborateurs afin de fixer et d'atteindre nos objectifs communs, soit d'améliorer la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et le bien-être de nos employés.

Plan d'action sur la primauté de la personne

Dans le cadre de la mise en oeuvre du plan de primauté de la personne les travaux visant à favoriser le transfert de connaissances quant aux droits des usagers, l'accès aux ressources communautaires et la lutte à la stigmatisation ont entre autres été actualisés par :

- La participation de la DSMD, à l'organisation du 1er Salon des ressources en santé mentale du Centre-Ouest, suite à une initiative de la Table de concertation en santé mentale du Centre-Ouest (novembre 2017);
- La mise sur pied d'une communauté de pratique régionale sur la primauté de la personne (février 2018);

- Début d'une collaboration avec Action autonomie, le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal (mars 2018).
- Création d'un Centre de ressources en santé mentale destiné à répondre aux besoins exprimés par des patients-partenaires, dans le cadre d'un projet de recherche, quant au manque de connaissances des ressources communautaires et activités de divertissement leur étant destinées. Ce projet a pu voir le jour grâce à un don de la Fondation de l'HGJ et la collaboration de la direction des Ressources matérielles et techniques.
- Intégration de patients partenaires dans les équipes et aussi sur différents comités (Comités d'amélioration continue, Comité itinérance, etc.).

Prévention du suicide

Travaux sous la responsabilité de la conseillère-cadre en soins infirmiers – Volet santé mentale

Travaux d'harmonisation des pratiques en prévention du suicide par le développement d'une politique et procédure unique pour l'ensemble des services du CCOMTL :

- Mise en place d'un Comité local CIUSSS COIM en prévention du suicide;
- Création d'une boîte à outils électronique destinée à accompagner les équipes dans l'harmonisation des pratiques en prévention du suicide, en collaboration avec la direction des Communications;
- Mise en ligne de la version française du module de formation Prévention du suicide: Repérer et dépister les facteurs de risque et appliquer les interventions appropriées (E-Learning);
- Présentation de la première ébauche de la politique et procédure harmonisée au Comité local CIUSSS COIM en prévention du suicide. Adoption prévue en 2018-2019.

Participation au développement d'un guide en prévention et gestion des conduites suicidaires en milieux hospitaliers de la conseillère cadrent en soins infirmiers, en collaboration avec Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM).

Continuum intégré jeunes-adultes

Santé mentale jeunesse – Ire ligne et pédopsychiatrie

À l'été 2017, le programme de santé mentale jeunesse du CLSC de Benny Farm et le département de la pédopsychiatrie de l'Hôpital général juif ont entrepris un projet visant à réviser conjointement leurs listes d'attente. Ce projet aura permis d'éliminer les doublons et ainsi amorcer un travail de collaboration en lien avec les nouvelles demandes.

Bonification des services de psychologie en santé mentale jeunesse (1re ligne), suite à l'annonce d'investissements récurrents, par le MSSS.

Des travaux visant l'implantation du bilan comparatif des médicaments, de même que la création d'un nouveau formulaire destiné aux intervenants psychosociaux en santé mentale jeunesse 1re ligne ont été amorcés en 2017-2018. L'utilisation du formulaire sera implantée, une fois celui-ci approuvé par le Service des Archives (à venir en 2018-2019).

Dans le cadre de la révision de l'offre de services en pédopsychiatrie (2e ligne), le processus d'accès pour la clinique externe jeunesse a été optimisé et mis à jour en collaboration avec Guichet d'accès en santé mentale (GASM). Notamment, la clinique externe et l'hôpital de soir ont été fusionnés et de la thérapie de groupe y est maintenant offerte.

Planification d'un programme de soins de transitions pour adolescents et jeunes adultes grâce à l'obtention d'une bourse de la Banque Royale du Canada.

En 2017, le département de pédopsychiatrie célébrait son 50e anniversaire. Bien que modeste à ses débuts, ce dernier est aujourd'hui composé d'un hôpital de jour et offre des services de consultations externes pour les enfants de 2 à 15 ans.

Santé mentale Adulte – 1^{re} ligne

Centralisation du Guichet d'accès en santé mentale adulte terminé et poursuite de l'analyse statistique des besoins en ressources professionnelles en fonctions de la responsabilité populationnelle.

Restructuration des équipes de santé mentale adulte en 1re ligne, harmonisation des rôles et responsabilités des coordonnateurs professionnelles et ASI, des heures de rencontres cliniques par site et des outils de travail toujours en cours.

Mise en place d'une culture du rétablissement par l'implantation d'intervention de courte durée mettant l'emphase sur l'autodétermination, l'implication de l'utilisateur dans l'élaboration de son plan d'intervention et en établissant des critères de fin d'intervention. En ce sens, une formation sur le rétablissement est en préparation et devrait être offerte aux intervenants en mai 2018. Travail d'actualisation et de pérennisation à faire en 2018-2019.

Rehaussement de la pratique infirmière par l'implantation de supervision clinique individuelle et de groupe, offerte par la Conseillère-cadre en soins infirmiers.

Continuum intégré adulte

Suivi intensif dans le milieu (SIM)

Une troisième équipe est en cours de déploiement, en collaboration et sous la responsabilité du CUSM, sur le territoire géographique du CCOMTL. Nos deux établissements ont débuté leur collaboration afin d'harmoniser les services des 3 équipes (SIM-Métro, SIM-JGH et SIM-CUSM) tant au niveau de l'accès et de la qualité, selon le modèle du Centre national d'expertise en santé mentale (CNESM).

Suivi d'intensité variable (SIV)

Bonification de l'offre de services, grâce à un financement récurrent du MSSS ayant permis la création de 5 nouveaux postes et ainsi faire passer le nombre de places de 162 à 288 places reconnues.

Itinérance et dépendance

En 2017-2018, nous avons mis en place un programme PRISM (Projet de réaffiliation en itinérance et santé mentale), en collaboration avec la Mission Bon Accueil (MBA). Il est à noter que ce programme n'est pas financé et que nous fonctionnons actuellement en prêt de services. Ce nouveau programme nous permettra ainsi de faire de la détection en dépendance et de l'intervention précoce auprès de la clientèle itinérante via cet organisme communautaire.

Un processus allégé d'accessibilité à la carte d'assurance maladie, pour les personnes en situation d'itinérance, a été implanté au CLSC de Côte-des-Neiges et au CLSC Métro, en collaboration avec nos partenaires communautaires.

Services externes de psychiatrie

Implantation d'une nouvelle procédure visant à harmoniser le processus de prise de rendez-vous, ainsi que la gestion des listes d'attente afin d'améliorer les délais pour les usagers.

De concert avec la conseillère-cadre en soins infirmiers, début des travaux portant sur la mise en place du suivi Clozapine et la bonification du plan de soins individualisés, incluant l'implantation de l'outil.

Urgence psychiatrique et services internes de psychiatrie

Amélioration de la sécurité des soins par l'implantation d'un plan de travail, pour les préposés aux bénéficiaires, lié à une feuille de tournée et la surveillance des patients, avec les particularités de chaque secteur l'unité interne et de l'urgence psychiatrique.

Développement du projet clinique de l'Hôpital de jour en psychiatrie (ouverture prévue à l'automne 2018).

Travail sur le développement (en interdisciplinarité) d'un suivi systématique des clientèles (Integrated Pathway) spécifiques à l'unité interne et l'urgence psychiatrique (Implantation 2018-2019).

Intégration du continuum de services de santé mentale en 1^{re} ligne et les services de psychiatries de 2^e ligne

L'amélioration de la fluidité du continuum intégré des services en santé mentale, entre la 1^{re} et la 2^e ligne, s'est vue bonifiée par l'embauche de deux intervenants, sous la responsabilité hiérarchique du GASMA, mais avec pour principal mandat d'assurer le lien entre les services ambulatoires de en santé mentale 1^{re} ligne et les services externes de 2^e ligne en psychiatrie. Ainsi, une infirmière clinicienne est maintenant dédiée à assurer la liaison avec les services externes de psychiatrie de 2^e ligne et un travailleur social est pour sa part maintenant responsable du transfert des patients psychogériatriques, vers les ressources de 1^{re} ligne. Réflexion amorcée visant à réviser l'offre de services du continuum 12-25 ans.

Projet pilote - Centre de répartition des demandes de services (CRDS)

Participation à l'élaboration avec le CNESM, d'un projet pilote portant sur le CRDS en psychiatrie adulte.

3.3.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Volet CLSC

Atteintes RSIPA : Une fois de plus, les équipes SAPA-CLSC ont relevé avec force le défi de compléter les évaluations de besoins (OÉMC) et les plans d'intervention associés (PSIAS) à la clientèle du soutien à domicile. Ainsi, alors que la cible de 2020 est de 90% d'atteinte, nos équipes ont obtenu 86,5% en 2017-2018.

Intensité des services : Cette année, nos équipes ont dispensé un total record de 972 465 heures directes de soutien à domicile à nos 9 207 usagers. Cette augmentation est en ligne directe avec les orientations ministérielles visant à bonifier l'offre de services en Soutien à domicile.

Soins palliatifs : Les équipes de soins palliatifs ont desservi 577 usagers, leur offrant plus de 29 845 interventions. De ce nombre, 42% sont décédés à domicile.

Nouvelle ressource intermédiaire (RI) : La construction de notre nouvelle RI de 96 places va bon train. Nous prévoyons son ouverture en janvier 2019. Cette ouverture de

nouveaux lits permettra de mieux desservir les usagers en attente d'une place présentement dans notre CIUSSS.

Programme Services Plus : Le SAPA-CLSC a entrepris cette année le développement du programme Services Plus qui vise à soutenir les usagers ayant vécu un épisode de soins à retourner dans leur Résidence pour personnes âgées (RPA) en allouant des services d'aide à domicile supplémentaires. À ce jour, 36 usagers ont pu bénéficier de ce nouveau programme.

Ligne Aide-Abus-Aînés (LAAA) : La LAAA s'est vu confier le mandat provincial de créer une formation portant sur le dépistage et l'intervention afin de lutter contre la maltraitance des aînés. Cette formation touche autant le milieu professionnel que communautaire. Pour actualiser cette demande, la LAAA s'est adjointe au CREGÉS. La formation sera disponible dès l'automne 2018.

De plus, suite au *Forum sur la maltraitance matérielle et financière envers les personnes aînées* de février 2018, la LAAA aura aussi le mandat de répondre aux appels des secteurs bancaires, bureaux d'avocats, notaires, comptables, etc. Le nouveau mandat confère à la Ligne un statut de Guichet provincial pour la réception des appels en vue de lutter contre la maltraitance financière. De plus, la LAAA a vu augmenter significativement son nombre d'appels en provenance de la population passant de 3 822 en 2016-2017 à 5 254 en 2017-2018.

Volet hébergement

L'année 2017-18 fut une année bien remplie au SAPA-hébergement. Nous avons poursuivi notre travail dans plusieurs dossiers prioritaires :

Dossier NSA

Afin d'aider les hôpitaux à diminuer le nombre de NSA, nous avons acheté des lits dans différents CHSLD privés non conventionnés à proximité de notre CIUSSS. Ces 106 lits contribuent au désengorgement des hôpitaux. Ce plan transitoire est en place jusqu'en mars 2019.

Dossier Main d'œuvre indépendante (MOI)

Nous sommes fiers de l'avancement fait dans ce dossier cette année. Depuis la période financière 10 (P10), nous n'avons plus de MOI en PAB sur tous les quarts de travail et sur tous nos sites d'hébergement. Nous avons également cessé la MOI en ASI sur le quart de jour depuis janvier dernier. Nous attaquerons la MOI en ASI de soir et de nuit ainsi que la MOI en infirmières auxiliaires sur chacun des quarts en 2018-19.

Profil ISO-SMAF 10-14

Dans l'entente de gestion 2017-18 la cible d'admission à atteindre de profil ISO-SMAF 10-14 était de 85%. Au global, nous atteignons 71 % pour l'ensemble des sites, en excluant Henri-Bradet (62%). Une demande officielle a été faite au ministère afin de ne

pas tenir compte de ce centre dans la reddition de compte car l'infrastructure ne permet pas d'accueillir une clientèle en perte d'autonomie lourde. Nous sommes en attente d'une réponse du ministère. Également, il est à noter que les données pour le centre Father-Dowd sont non complètes (dues à une problématique de ressource humaine) et qu'elles engendrent une baisse considérable de la marque globale. La situation sera régularisée en 2018-19.

Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD

Il nous a été possible cette année d'augmenter nos ratios en infirmières, infirmières auxiliaires et PAB sur différents sites et sur différents quarts afin de se rapprocher des ratios proposés par monsieur Philippe Voyer, professeur et chercheur à l'Université Laval. Au total, 16,4 ETC ont été créés et ils sont tous dotés ou en processus. Le financement du ministère ne couvrait malheureusement pas tous les besoins. Nous travaillons avec les gestionnaires et les équipes de soins afin de revoir les façons de faire pour ainsi optimiser le travail de chacun tout en centrant nos interventions sur les besoins du résident et sa famille.

Concernant les soins d'hygiène, plusieurs de nos centres offrent le 2^e bain déjà. Les centres qui ne l'offraient pas ont débuté leur réorganisation du travail et débiteront au plus tard en mai 2018. Les défis demeurent les lieux physiques des salles de bain ainsi que la disponibilité d'équipement adéquat et sécuritaire pour offrir ces bains. Des discussions sont en cours avec la direction des services techniques afin de prioriser les rénovations des salles de bain de tous les centres d'hébergement. Nous avons également reçu un financement pour ajouter des PAB pour ces bains. Nous avons évalué les besoins des centres et avons ajouté aux endroits qui comptaient des demi-quarts de travail (Maimonides, CHSLD juif et le Mont Sinai). Les ajouts débiteront en avril 2018.

Pour le dossier des micro-milieus, nous sommes à analyser les besoins de notre clientèle et de revoir les mandats des différentes unités de vie de chacun des centres. Le projet sera surtout développé en 2018-19.

Rénovations majeures au CHSLD Henri-Bradet

La moitié des résidents d'Henri-Bradet (68) ont été déménagés à la fin mai 2017 dans l'unité dédiée à l'hôpital général juif. Les travaux sont en cours sur le site rue Chester. Le retour des résidents est prévu en courant d'année 2018-19.

Entente avec école de PAB – SHADD

Nous sommes heureux d'avoir développé un partenariat avec l'école SHADD. Cette collaboration aidera grandement à l'attraction et la rétention de PAB. L'école utilisera une salle de classe à Maimonides et fera tous ses stages dans le milieu. La première cohorte d'étudiants est prévue pour la fin avril 2018.

Visite ministérielle au CHSLD Maimonides

Le centre a reçu la visite de représentants du ministère de la Santé et des services sociaux en janvier dernier. Cette visite a permis de mettre au jour certaines pratiques qui

nécessitaient des ajustements importants. Les éléments d'amélioration touchaient principalement l'activité de repas et l'approche du personnel soignant vis-à-vis les résidents. Une firme externe fut engagée pour réaliser un diagnostic organisationnel et aider à mettre en place des actions qui favoriseront un milieu de vie et de travail agréables. Les résultats de ce diagnostic seront présentés par la firme à l'administration à la fin avril 2018. Un plan d'action et de communication en découlera.

Reconnaissance du personnel

Nous croyons important de reconnaître le travail du personnel travaillant en CHSLD. Le recrutement dans ces milieux peu s'avéré parfois ardu. Nous avons donc organisé différentes activités de reconnaissance tels que : BBQ, cérémonie de reconnaissance pour année de service, party du temps des fêtes, journée spa, etc. Ces événements sont pour nous une façon de rester attractif et assurer une qualité et une continuité des soins à notre clientèle.

Comités consultatifs du Centre gériatrique Donald Berman Maimonides, du CHSLD juif Donald Berman et de l'Hôpital Mont-Sinaï

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la création d'un comité consultatif pour chaque l'établissement regroupé, à la demande de la Fondation et de l'établissement.

Le mandat de ces comités est de formuler des recommandations aux membres du conseil d'administration sur la préservation du caractère linguistique, culturel, historique et local de l'établissement et d'établir des liens avec la Fondation et les chercheurs.

Les responsabilités des comités sont les suivantes :

- tenir les membres du conseil d'administration informés des besoins spéciaux;
- formuler des recommandations sur l'organisation et le fonctionnement;
- assurer la liaison avec la Fondation, l'établissement et les différentes communautés;
- soumettre des recommandations concernant le caractère linguistique, culturel, historique et local de l'établissement, les soins de grande qualité et l'innovation;
- approuver toute proposition de changement de dénomination de l'établissement.

Chaque comité est composé de sept membres conjointement désignés par la Fondation et l'établissement, puis nommés par le conseil d'administration. Ci-dessous, les membres des comités pour l'exercice 2017-2018 :

Comité consultatif du Centre gériatrique Donald Berman Maimonides

- Murray Goodz, président
- Danny Baum
- Michael Corber
- Dr Jack Gaipman

- George Landau
- Leonard Lewkowict
- Larry Naschen

Comité consultatif du CHSLD juif Donald Berman

- Don Prinsky, président
- Bram Freedman
- Syd Gartner
- Dr Mark Karanofsky
- Diana Schweitzer
- Sandy Sitcoff
- Brad Steinmetz

Comité consultatif de l'Hôpital Mont-Sinaï

- Brian Becker, coprésident
- Elliot Bier, coprésident
- Ruth Kovac
- Leon Krolik
- Dr Nathalie Saad
- Dr Norman Wolkove
- Mitchel Kendall

Les membres des comités se sont réunis toute l'année et le comité consultatif s'est réuni quatre fois. Plus particulièrement, un groupe de travail spécial a été formé pour se pencher sur la question de la planification de la relève au sein du CIUSSS. Le groupe de travail s'est rencontré deux fois et évalue les divers programmes et solutions proposés jusqu'à présent. Cette question continuera à être examinée au courant de l'exercice 2018-2019.

Membres du groupe de travail spécial

- Bram Freedman, coprésident (CHSLD juif)
- Leonard Lewkowict, coprésident (Maimonides)
- Diana Schweitzer (CHSLD juif)
- Murray Goodz (Maimonides)
- Elliot L. Bier (Mont-Sinaï)
- Leon Krolik (Mont-Sinaï)
- Abe Fuks (Centre Miriam)
- Salvatore Guerrera (Centre Miriam)
- Alan Maislin (Hôpital général juif)
- Laura Fish (membre du personnel)
- Barbra Gold (membre du personnel)
- Beverly Kravitz (membre du personnel)
- Karen Flam (membre du personnel)

3.3.7 Recherche

L'Institut Lady Davis

L'Institut Lady Davis (ILD) figure parmi les centres de recherche médicale classés au premier rang au Canada, fort d'un groupe diversifié de scientifiques et cliniciens poursuivant une vaste gamme de recherches pour améliorer les soins de santé à l'échelle locale, nationale et internationale.

Le début de l'année 2017-2018 a été marqué par la mort tragique du Dr Mark Wainberg, ancien directeur de l'Institut Lady Davis et l'un des chercheurs et activistes les plus notoires au monde dans le domaine du VIH/SIDA. Pour lui rendre hommage, l'ILD a organisé cette année le premier colloque annuel sur les maladies infectieuses complexes et émergentes à l'Hôpital général juif, en collaboration avec la Faculté de médecine de l'Université McGill. Le colloque comptait parmi ses invités de nombreux chercheurs de renommée internationale, dont la professeure Françoise Barré-Sinoussi, lauréate du prix Nobel de médecine. À l'avenir, le Colloque Wainberg sera consacré aux activités de recherche et développement dans le traitement clinique des maladies infectieuses.

Dans le domaine de la recherche sur le cancer, le réseau pancanadien de recherche en protéomique, dont le Centre de protéomique du Centre du Cancer Segal fait partie, a reçu une nouvelle subvention de Génome Canada et Genome BC. Mené par le directeur du Centre, le Dr Christoph Borchers, le réseau poursuivra ses efforts en vue de traduire les conclusions des recherches dans le domaine de la protéomique et métabolomique en nouvelles approches pour diagnostiquer et traiter le cancer. Des échantillons de patients du Centre du Cancer Segal sont prélevés pour permettre l'identification de protéines actives qui permettront aux médecins de prescrire des thérapies plus précises et plus susceptibles de donner des résultats positifs.

Pour améliorer la prise de conscience, la prévention, le diagnostic, la recherche et la formation à l'égard de la thrombose et de ses complications, un tout nouveau Centre d'excellence en thrombose et anticoagulation (CETAC) a été inauguré en février à l'HGJ. Dirigé par la Dre Susan Kahn, ce centre réunit les cliniciens et chercheurs dans un nouvel établissement intégré. Grâce au CETAC, l'ILD est encore plus en mesure d'attirer des stagiaires, scientifiques établis et ressources financières. Le CETAC est engagé à recueillir et diffuser des données sur les traitements les plus efficaces et sécuritaires de la thrombose et à mener des recherches fondamentales sur de nouveaux traitements anticoagulants plus sûrs.

L'Institut Lady Davis s'est également imposé comme chef de file international dans la recherche sur la démence à titre de membre du réseau canadien de banques de cerveaux, dirigé par le Dr Howard Chertkow. Ce réseau, rattaché à l'Initiative internationale sur la neuro-imagerie de la maladie d'Alzheimer (ADNI), a pour mission d'utiliser la neuro-

imagerie avancée pour, d'une part, suivre l'évolution de la démence et d'autre part, développer des technologies d'imagerie qui faciliteront le diagnostic de la maladie et le contrôle de nouvelles thérapies. Cette initiative repose en grande partie sur l'étude du cerveau des patients décédés des suites de la maladie.

Par ailleurs, les chercheurs de l'ILD ont joué un rôle déterminant dans des essais cliniques majeurs, dont les résultats ont été publiés cette année. Citons, par exemple, trois études publiées dans la prestigieuse revue scientifique, *New England Journal of Medicine* :

- l'essai d'une nouvelle combinaison de médicaments pour traiter la leucémie lymphoïde chronique en rechute ou réfractaire (Dre Sarit Assouline, Centre du Cancer Segal);
- une médication novatrice visant à renforcer et maintenir la masse musculaire pour traiter les femmes postménopausées atteintes d'ostéoporose sévère (Dr Andrew Karaplis, Service d'endocrinologie);
- une comparaison de traitements pour prévenir la thrombo-embolie veineuse postopératoire chez les patients ayant subi une chirurgie de remplacement total de la hanche ou du genou (Dre Susan Kahn, Division de médecine interne, et Dre David Zukor, Service d'orthopédie).

D'autres publications importantes ont notamment souligné les travaux du Dr Brent Richards, qui a découvert un nombre considérable de nouvelles associations génétiques pour l'ostéoporose (*Nature Genetics*), et l'étude unique du Dr Jonathan Afilalo sur l'utilisation de la vitesse de marche comme mesure de fragilité chez les patients âgés devant subir une chirurgie cardiaque (*Journal of the American College of Cardiology*).

Enfin, parmi les chercheurs de l'ILD occupant des postes de direction à l'échelle nationale, citons le Dr Brett Thombs, qui a assumé la présidence du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, groupe chargé d'élaborer des guides de pratique clinique qui soutiennent les professionnels en soins primaires dans la prestation de soins de santé préventifs.

3.3.8 Affaires académiques

L'année 2017-2018 a été marquée par un changement d'envergure : l'adoption d'un nouveau modèle de gouvernance et la constitution officielle de la Direction des Affaires académiques, issue de la fusion de la Direction de la Recherche (volet social et communautaire) et de la Direction de l'Enseignement (médical et universitaire), afin de mieux soutenir le « U » et les volets de la mission universitaire dans leurs aspects scientifiques, cliniques et administratifs.

Un nouveau leadership a été mis en place pour accompagner ce changement qui s'est traduit par une vision, une planification stratégique et des actions en cours de réalisation. En témoigne, une retraite sur les affaires académiques organisée en automne 2017 avec

plus de 130 personnes, membres de la haute direction du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et des milieux de la recherche, pour positionner et éclaircir la mission universitaire au sein de l'établissement.

En effet, cette activité avait visé trois principaux objectifs :

1. faire connaître les six volets de la mission universitaire d'un CIUSSS (enseignement, recherche, évaluation des technologies et modes d'intervention, transfert des connaissances, pratiques de pointe, rayonnement);
2. sensibiliser les cadres supérieurs à la vision intégrée des affaires académiques et son rôle pour le « U » du CIUSSS,
3. connaître les conditions de succès et les défis de la mission universitaire de notre établissement.

Dès la création de la nouvelle DAA, un exercice fort significatif a été effectué : l'exploration du degré d'intégration des six volets de la mission universitaire au sein de toutes les directions cliniques de l'établissement et du niveau désiré ou recherché par ces dernières. Ceci a permis d'identifier les enjeux et actions prioritaires pour les trois prochaines années afin de consolider le « U » au sein de notre CIUSSS.

De plus, la Direction des affaires académiques est activement impliquée dans le développement de la mission universitaire au niveau provincial en tant que membre de la table nationale de recherche du MSSS ainsi que membre du sous-comité pour le développement des indicateurs.

Sondage sur la supervision de stages

L'une des réalisations importantes est le développement et le déploiement d'un sondage sur la supervision de stages. Complété par plus de 400 membres de notre établissement (60 % de l'échantillon visé), le sondage a permis de dresser un portrait exhaustif de la pratique de la supervision de stages au sein de notre établissement et d'explorer les besoins des superviseurs de stages en termes de : (1) formation, (2) soutien et (3) reconnaissance. En a découlé un plan d'action et des mesures implantées pour répondre aux attentes des professionnels ciblés.

Partenariat avec universités

La Direction des Affaires académiques a renforcé les liens avec les partenaires académiques et a tenu des rencontres avec l'université McGill, Concordia et UQAM pour discuter des collaborations et la poursuite d'un partenariat consolidé. La direction des affaires académiques a été notamment très impliquée dans le processus d'accréditation du programme de formation des résidents en médecine de la Faculté de médecine de l'Université McGill. En outre, elle a poursuivi son engagement au sein de différents

comités pour améliorer en continu l'environnement d'apprentissage de tous les étudiants qui effectuent leurs stages dans les différents sites du CIUSSS.

Nombre de stages

	2016-17	2017-18
Résidents en médecine (à l'HGJ) ²	302	308
Résidents en médecine (basés dans d'autres hôpitaux) en rotation à JGH (y compris Fellows)	840	658
Résidents en physiothérapie (à CL)	8	8
Étudiants en médecine ³	597	597
Stages – Niveau universitaire (excluant soins infirmiers HGJ) ⁴	904	558
Stages – Niveau collégial (excluant soins infirmiers HGJ) ⁵	348	313
Stages soins infirmiers HGJ	929	967
Stages Infirmiers Auxiliaires & PAB (autres sites)	365	406
Stages en recherche (CREGES & SHERPA) ⁶	92	80 SHERPA 34 CREGES
Stages de niveau secondaire	354	92
Autres stages	68	56
Total	4807	4 077

Stagiaires ayant participé aux séances d'orientation	251	290
Séminaires offerts aux stagiaires	18	11
Superviseurs de stage	455	691

Séminaires offerts aux stagiaires	18
Superviseurs de stages	455

² 2017-18 a connu une légère augmentation du nombre des résidents en médecine à l'HGJ.

³ Le nombre d'étudiants en médecine pour 2016-2017 est une estimation et l'Université McGill fournira les chiffres corrects. Nous estimons que le nombre d'étudiants en médecine est resté stable pour les deux années.

⁴ Cette année, l'organisation a été confrontée aux défis tels que : la réduction du nombre de superviseurs disponibles, l'augmentation des congés de maladie et des congés de maternité et l'embauche de nouveaux employés n'ayant pas l'expérience nécessaire pour accueillir des étudiants.

⁵ Idem 4

⁶ Stages en recherche au sein des deux centres de recherche, ainsi que des chercheurs externes impliqués dans des projets CIUSSS

De plus, l'équipe de travail au sein du volet Enseignement a été œuvré cette année pour la centralisation des offres de stages en psychologie, ce qui s'est traduit par une présentation effectuée auprès de 49 étudiants en psychologie lors d'un événement « portes ouvertes ».

Activités de soutien auprès des superviseurs de stages

Atelier de 3h développé sous le titre « Introduction à la supervision de stages »	8 ateliers offerts en présentiel, ayant attiré 212 participants, émanant de 40 corps professionnels différents
Activités de transfert de connaissances	3 capsules d'information sur les meilleures pratiques en supervision de stages, basées sur une recension rigoureuse des écrits scientifiques les plus récents (2012 à 2017). Ces capsules sont diffusées via Intranet.
Développement de guides	Élaboration d'un guide destiné aux superviseurs de stages et au personnel de soutien permettant d'orienter les stagiaires en situation de détresse psychosociale vers les services et les ressources appropriées.
Refonte de l'onglet Enseignement sur Intranet et site WEB du CIUSSS CODIM	Développement de sections destinées aux stagiaires et superviseurs de stages ainsi que des sections consacrées aux services bibliothécaires et audiovisuels

Services bibliothécaires

Consultations en ligne	28 747
Consultations de périodiques (JAMA, NEJM)	14 028
Consultations de bases de données	240 397
Prêts entre bibliothèques (internes et externes)	970
Enseignement d'ateliers (individuel et de groupe)	145
Enseignement aux patients, consultations	75
Recherches de littérature	274
Demandes de références	3 112
Recherches générales	85
Prêt de ressources	576
Consultation de livres	657
Nombre de publications CIUSSS vendues	695
Nombre de visites à la bibliothèque	48 067
Acquisitions	761
Références d'archives	23
Demande de reproduction d'archives	2
Expositions d'archives	2

Services audiovisuels

Affiches et illustrations médicales	87 commandes <ul style="list-style-type: none"> • affiches (30) • formulaires (16) • illustrations (8) • publications (29) • autres (4)
Productions vidéo	<ul style="list-style-type: none"> • HGJ (34) • ICFP (5)
Photos (patients et événements)	<p>Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • clinique: 357 • salles d'opération: 10 <p>Événements</p> <ul style="list-style-type: none"> • relations publiques : 45 • réceptions : 20 • fêtes : 3
Projets d'intégration audiovisuelle de salles de conférences	<ul style="list-style-type: none"> • HGJ : 26 • ICFP : 10
Sessions de formation clinique, incluant les cours universitaires et autres conférences	200

Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)

La désignation de centre affilié universitaire (CAU) en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal est portée par le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. La mission universitaire vise l'amélioration des services et des pratiques professionnelles auprès des personnes âgées par le développement de la recherche sociale, l'expérimentation et la validation de pratiques novatrices, l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux, et par des activités d'enseignement et de transfert des connaissances.

En 2017-2018, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a en particulier sollicité l'expertise du **CREGÉS** en matière de maltraitance envers les aînés. En effet, à la suite de l'adoption le 30 mai 2017 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autres personne majeure en situation de vulnérabilité*, l'**Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention** en santé et services sociaux et l'**équipe de développement des pratiques de pointe** pour contrer la maltraitance

envers les personnes âgées ont été mandatés par le MSSS pour l'élaboration, la validation et l'évaluation de la mise en œuvre d'une politique-cadre de lutte contre la maltraitance dans les établissements du réseau de la santé et de services sociaux. De plus, de nouveaux modules de formation sur le sujet de la maltraitance réalisés avec la Ligne Aide Abus-Aînés seront rendus accessibles sur la plateforme nationale de formation continue partagée (**FCP**) du MSSS à l'automne 2018.

Dans le cas du domaine d'expertise en soins palliatifs, le coordonnateur du développement des **pratiques de pointe** participe à des comités d'experts au Québec dans le cadre de l'adoption de la Loi concernant les soins de fin de vie en juin 2014. De plus, sur la scène canadienne, le coordonnateur prend part aux rencontres du *Home and Community Care Technical Committee*, comité assurant la révision des critères d'évaluation d'Agrément Canada en matière de soins palliatifs à domicile.

En ce qui a trait aux politiques sur le vieillissement, des membres du CREGÉS et de l'équipe de recherche en partenariat *Vieillessement, exclusions sociales et solidarités* (VIES) ont déposé le 6 octobre 2017 un mémoire dans le cadre de la consultation sur la politique provinciale *Vieillir et vivre ensemble* et le plan d'action quinquennal (2018-2023) du Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille du Québec.

Le CREGÉS a accueilli parmi ses membres réguliers deux chercheuses universitaires en 2017-2018, Darla Fortune, professeure au département des sciences humaines appliquées de l'Université Concordia et Sophie Éthier, directrice du certificat en gérontologie sociale et professeure à l'École de travail social et criminologie de l'Université Laval. Shannon Hebblethwaite, professeure au département de sciences humaines appliquées de l'Université Concordia, endosse pour sa part le rôle de Directrice scientifique adjointe.

Au nombre des nouvelles subventions de recherches obtenues par les membres du Centre se trouvent, par exemple, le projet *Planification préalable des soins des personnes atteintes d'une maladie cognitive: défis, perspectives et solutions* financé par les Sociétés Alzheimer du Canada (Tamara Sussman, chercheuse principale) et le projet *Maintien à domicile des personnes âgées vulnérables: Co-conception et déploiement de solutions technologiques dans le cadre d'un laboratoire vivant* (Mélanie Couture, co-chercheuse principale). Dans le cadre de ce dernier, le CREGÉS accueille un stagiaire postdoctoral.

Plusieurs activités de **transfert de connaissances** ont été organisées en 2017-2018. Elles incluent : des présentations à un congrès mondial, des conférences-midi et un colloque à l'intention du grand public sur les conditions de vie et de santé des personnes âgées, qui a réuni plus de trois cents participants. Parmi les publications scientifiques des membres, se trouve notamment le numéro de la revue *Lien Social et Politique* intitulé « Les territoires du vieillissement » édité par le directeur scientifique du CREGÉS, la chercheuse responsable de l'équipe en partenariat VIES et d'autres experts de la gérontologie sociale.

SHERPA - Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles

Le CIUSSS-CODIM s'est vu confié la réalisation de plusieurs mesures régionales et suprarégionales en lien avec le **Plan d'action gouvernemental 2015-2018 sur la radicalisation au Québec**. Dans le cadre de ce mandat qui est cogéré par l'Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles et la direction de la première ligne, **une équipe d'intervention clinique spécialisée a été mise sur pied** pour répondre aux besoins exprimés par les intervenants et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Depuis les derniers mois, **cette équipe pluridisciplinaire** est de plus en plus sollicitée. En outre, l'Institut, en collaboration avec l'équipe de recherche RAPS, a poursuivi son offre de formation sur la Prévention de la radicalisation, donnant ainsi 21 formations dans le réseau de la santé et des services sociaux.

À ce jour, SHERPA/Institut porte 56 projets actifs, dont 11 ont débuté dans la dernière année, pour 42 chercheurs et 8 chercheurs-praticiens réguliers. Neuf nouveaux chercheurs sont venus enrichir de leurs expertises l'équipe. Parmi nos champs de recherche, quatre domaines se sont particulièrement illustrés : radicalisation et polarisations sociales (11 projets) ; interventions interculturelles (9 projets), réfugiées/demandeurs d'asile/migrants (6 projets) et familles et communautés (7 projets). Au nombre de ces analyses, on retrouve des recherches-action tel que *Et si... ?* sur l'impact de l'art dans l'amélioration des liens communautaires et générationnels, une étude utilisant les méthodes mixtes sur *Les soins en collaboration en santé mentale jeunesse et les caractéristiques des interventions thérapeutiques et qualité des services*. Celui-ci est un projet sur visant à *favoriser la réussite scolaire des élèves immigrants en développant leur bien-être psychologique et celui de leurs familles*. Enfin, mentionnons également la recherche sur *Refugee integration and long-term health outcomes in Canada*. En plus de ces axes forts de l'Institut, il est à noter qu'une nouvelle expertise prend son essor depuis un an s'intéressant à la problématique de la fin de vie, du deuil et de la mort (7 projets). À cet égard, *La bonne mort en contexte cosmopolite : expériences de fin de vie chez les migrants et non-migrants* est un projet prometteur qui s'intéresse aux perceptions des proches et des familles des défunts sur la mort en contexte interculturel à Montréal.

De par cette diversité de projets de recherche, l'Institut et ses chercheurs ont publié ensemble 68 articles scientifiques, 22 chapitres et livres, 8 rapports et ont donné 37 communications scientifiques. De plus, SHERPA/Institut a organisé le colloque *Radicalisation et souffrance sociale* en juin 2017 qui a rejoint plus de 200 participants de milieux variés et nous avons collaboré avec l'Université McGill au colloque *International Children in a World of Opportunities*.

Dans l'optique de continuer à favoriser une appropriation et un partage collaboratif des savoirs, 62 formations ont été offertes aux institutions de santé et des services sociaux, à des tables de concertation et à des commissions scolaires à travers le Québec qui ont rejoint plus 1100 participants. Des 28 activités de transfert ont eu lieu dans la dernière année visant directement les intervenants locaux du CIUSSS-CODIM comprenant des conférences-midi, des séminaires méthodologiques, des webinaires, outils, etc. Parmi ces

outils, des capsules vidéo/pamphlets ont été mise sur pied pour soutenir les parents face aux événements violents, une trousse pour l'intervention auprès des demandeurs d'asile porté en collaboration avec le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile est en développement, ainsi qu'un outil pour soutenir l'intervention des femmes immigrantes soit *Un parcours jalonné. Intervenir auprès des femmes immigrantes parrainées*. Enfin pour appuyer le déploiement et la reconnaissance de ces ressources disponibles aux divers milieux, depuis novembre 2017, SHERPA a activé une page Facebook. À ce jour, il y a 261 abonnés et le nombre est en hausse constante. Cette vitrine permet à l'Institut de démocratiser les savoirs produits, de rejoindre un large public et de rester connecté avec le CIUSSS et les milieux universitaires.

Portrait de la recherche en réadaptation au CIUSSS-CODIM | Partenaire du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)

Le CIUSSS-CODIM est fier de participer au développement des connaissances scientifiques en réadaptation en accueillant de nombreuses activités de recherche au MAB-MacKay (CRMM) et au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (CRCL). Partenaire du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) la direction de la réadaptation accueille, entre autres, le projet de recherche d'envergure de 5k : **Biomedical Research & Informatics Living Laboratory for Innovative Advances of New Technologies** visant à mieux comprendre et à améliorer la mobilité des personnes souffrant d'une lésion cérébrale acquise en implantant une infrastructure technologique de pointe qui mise sur l'intelligence artificielle et les bio statistiques pour comprendre les facteurs affectant la mobilité dans les milieux de vie réels des individus souffrant de lésion cérébrale acquise.

Au cours de la dernière année, sous la gouvernance de la direction des affaires académiques et en collaboration avec la direction de la réadaptation, 13 chercheurs membres du CRIR ont développé des activités de recherche au sein de 9 laboratoires de recherche. L'engagement exemplaire vécu dans nos deux sites principaux inspire le personnel d'autres installations en réadaptation du CIUSSS à s'ouvrir à diverses initiatives de recherche dans le but d'améliorer les services offerts à la population. Par exemple, les équipes de l'Hôpital Richardson, qui collaborent déjà à quelques projets de recherche avec des chercheurs du CRIR, ont récemment exprimé un intérêt à développer davantage la recherche en lien notamment avec les accidents vasculaires cérébraux sur leur site. La fusion de nos sites a aussi permis de créer davantage de liens avec de nouvelles équipes et de rejoindre une plus grande population affectée par les questions liées aux déficiences physiques et à la participation sociale, notamment à l'Hôpital Catherine Booth, à l'Hôpital Général Juif et dans les équipes de réadaptation en CLSC et en CHSLD.

Ainsi, en décembre 2017, plus de 40 projets actifs et 91 projets en attente de rapport ou en analyse de données se déroulaient sur l'ensemble de ces sites de la direction de la réadaptation. Au moins 28 de ces derniers impliquent des cliniciens ou des gestionnaires

de la direction de la réadaptation. Durant la dernière année, l'intégration des équipes cliniques à la recherche qui se traduit par plus de 1500 heures de libération des intervenants et gestionnaires. Le CIUSSS-CODIM a d'ailleurs appuyé plus de 26 demandes de subvention à des organismes québécois et canadiens en lien avec la thématique.

Nous comptons aussi sur des activités de diffusion comme les conférences-midi qui attirent en moyenne 40 personnes par mois (13 conférences organisées sur place et 19 diffusées de mars à décembre 2017).

Centre gériatrique Maimonides Donald-Berman

Le but principal du Centre de recherche sur le vieillissement du centre d'hébergement Maimonides Donald-Berman a continué d'être la production, la diffusion et le transfert des connaissances pour améliorer la pratique médicale et infirmière pour les personnes âgées atteintes de démence, en soins de longue durée.

Les bons coups de l'année 2017-2018 comprennent la réalisation de diverses activités de **transfert des connaissances** par l'intermédiaire des publications et des présentations dans des conférences/symposiums, portant sur des sujets tels que:

- délirium superposé à la démence,
- utilisation d'antipsychotiques,
- utilisation appropriée de médicaments chez les patients atteints de démence,
- schémas de traitement médicamenteux des troubles neurocognitifs majeurs,
- besoins d'information clinique en soins de longue durée et réduction des transferts potentiellement évitables en soins de courte durée.

En plus de continuer la 4^e année de travail sur l'étude randomisée *PREvention Program for Alzheimer's Related Delirium (PREPARED)*, financé par l'Institut canadien de recherche en santé (CIHR), de nouveaux projets de recherche ont été financés, y compris :

1. une bourse/subvention du Consortium Canadien sur la neurodégénérescence et le vieillissement (CCNA) afin d'étudier l'efficacité d'une intervention d'art-thérapie adaptée pour réduire les symptômes neuropsychiatriques parmi les résidents atteints de démence modérée à sévère
2. une subvention pilote du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV) pour mener une méta-analyse sur les interventions visant à améliorer les soins de transition pour les résidents sortant de soins actifs.

Dr. Wilchesky est également co-chercheur principal d'une étude de l'ICRS pour améliorer le dépistage de la dépression chez les patients gériatriques.

Collaboration avec l'Institut de recherche Lady Davis

La Direction des affaires académiques a travaillé en collaboration avec l'Institut de recherche Lady Davis pour harmoniser certains volets administratifs de la recherche :

1. le développement d'une politique pour les privilèges de recherche;
2. l'harmonisation des certaines procédures en lien avec le BER;
3. la révision des contrats et ententes de recherche avec les services légaux.

Une étroite collaboration avec les services légaux a permis aussi de préciser les règles autour des ententes en lien avec l'enseignement et la recherche.

3.3.9 Ressources informationnelles

L'équipe des Ressources Informationnelles a la responsabilité d'assurer en tout temps l'accessibilité et la disponibilité de l'infrastructure technologique, incluant le traitement des données, les applications hébergées sur les serveurs du réseau et les postes de travail fixes et mobiles afin que les travailleurs de la santé aient tous les accès nécessaires pour consulter, modifier et partager l'information clinique et administrative.

Nous avons misé sur l'intégration et l'optimisation des actifs informationnels existants au niveau de l'infrastructure technologique, réseautique et de communication afin de permettre aux cliniciens et aux professionnels d'accéder plus facilement aux systèmes d'information des anciens établissements et ainsi mettre en place un véritable corridor de services dans le CIUSSS.

Afin de soutenir les stratégies d'intégration des services, nous avons modernisé notre infrastructure virtuelle, consolidé nos actifs informationnels et ajouté plus de 20% de capacité de traitement au cours de la dernière année.

Au cours de la nouvelle année nous comptons déployer une nouvelle architecture d'accès aux applications cliniques qui simplifiera significativement l'intervention des médecins auprès des patients de l'urgence et de toutes les unités cliniques.

Nous avons également étendu et sécurisé d'avantage notre réseau tout en relevant les défis d'accès à distance pour soutenir notre mission PRAIDA grâce à une solution mobile agile. Nous avons entrepris de moderniser notre plateforme téléphonique CIUSSS afin de faciliter l'accès des patients aux services des nombreux sites.

Nous avons accomplis le remplacement de notre solution d'interopérabilité ainsi que l'unification de nos multiples systèmes de gestion financière et d'approvisionnement ainsi que celles des ressources humaines et de la paie. Ces projets structurants d'envergure ont simplifié l'environnement de travail pour tous les employés du CIUSSS tout en rationalisant le nombre de solutions logicielles utilisées.

De plus, nous avons également ajouté des cliniques de soins spécialisés en utilisant les espaces disponibles sur divers sites afin d'améliorer les accès de proximité aux patients et étendu des accès DSQ pour le personnel du service régional Info-Santé.

Enfin nous avons entrepris d'unifier les systèmes de rendez-vous, de pharmacie et de radiologie afin de faciliter l'accès aux services ce qui se poursuivra tout au long de la nouvelle année.

3.3.10 Services techniques

Comme les années précédentes, l'année 2017-2018 aura été mouvementée et pleine de rebondissements. Parmi les grands axes de réalisations cette année nous retrouvons :

La réalisation de plusieurs projets de réaménagement d'unité de soins ou de recherche à l'Hôpital ou sur les différents sites du CIUSSS dont :

- À l'Hôpital :
 - Lien entre l'entrée principale et le pavillon K
 - CETAC
 - Ajouts de 3 stations de dialyse pour un total de 40 stations
 - Réaménagement de l'unité de soins au 6^{ième} C
 - Réaménagement des bureaux de l'urgence au H1
 - Réfection de la clinique du Herzl au H2
 - Réaménagement du 3^{ième} D pour la néonatalogie
 - Deux projets majeurs de remplacement de fenêtres au ICFP et au pav. B
 - Lancement de plusieurs projets d'intégration d'équipements biomédicaux (Spec. CT, PET, radiologie);
 - Finalisation de la phase I du grand projet de construction d'une nouvelle unité de psychiatrie

- Dans le reste du CIUSSS :
 - Projet majeur de réaménagement du site d'Henri-Bradet avancé à 50%;
 - Réfection majeure de l'enveloppe de briques à Richardson;
 - Lancement du réaménagement de l'enveloppe du bloc D au center MAB-Mackay;
 - Lancement des projets majeurs de toitures à Maimonides ;

- La finalisation du portrait immobilier du CIUSSS à la base du plan quinquennal des immobilisations à la base de toutes les ententes de contributions ministérielles ministérielles.

Par ailleurs, au-delà des projets typiques de gestion de projets ou gestion de la construction dans le CIUSSS, les services techniques ont travaillé avec des divisions connexes afin d'adresser des dossiers urgents tels que la préparation de sites pour les réfugiés de concert avec le groupe PRAIDA.

De plus, avec l'annonce ministérielle d'octroi de la phase 4 du pavillon K le 30 avril dernier, l'Hôpital subira une cure de rajeunissement majeure au cours des prochaines années dont la planification est imminente. Mais pour le moment citons plusieurs projets déjà amorcés dont la fin est prévue ou largement avancée au cours de cette année financière :

- Construction d'un centre de pré dialyse (HGJ – Sous sol C)
- Construction du nouveau laboratoire Vasculaire (HGJ – B2)
- Réaménagement majeur du 2^{ème} B pour directions administratives et recherche (HGJ – 2^{ème} B)
- Réaménagement majeur des zones d'entretien menager (HGJ – Sous sol C)
- Construction d'une nouvelle unité du contrôle des infections (HGJ-2^{ème} G)
- Réaménagement de la phase II du département de gériatrie (HGJ - sous sol pav E)
- Salle du conseil (HGJ – 1^{er} B)
- Modernisation majeure de la salle et du système de contrôle HVAC (HGJ Sous sol D)
- Modernisation du système de génératrices (tout le CIUSSS)
- Modernisation des réservoirs d'huile (Maimonides)
- Modernisation des systèmes de production d'eau chaude (HGJ)
- Projet de salles de bains le site de Catherine B. (CBH)
- Installation d'un système de boutons panique (site Guimont à Laval)
- Lancement d'un projet d'efficacité énergétique en mode ESE (tout le CIUSSS)

Donc plusieurs projets en perspective, mais un seul objectif, l'amélioration de l'expérience patient.

3.3.11 Achat et Logistique

L'année 2017-2018 a été une autre année charnière pour la Direction de la logistique. La réalisation la plus notable de l'exercice écoulé a été la fusion de nos sept systèmes Logibec — GRM (Gestion des ressources matérielles) et ERP (Planification des ressources de l'entreprise) — en un seul système centralisé pour l'ensemble du CIUSSS. De plus, le système ERP a été déployé dans deux établissements qui n'avaient précédemment pas accès à ce genre de technologie. Cette intégration a permis de normaliser le processus des achats à l'échelle du CIUSSS, en dotant le personnel d'une seule base de données pour les produits. La Direction de la logistique entend continuer à élargir sa gamme de services en collaboration avec toutes les autres directions de l'établissement.

L'étape suivante consistera à améliorer la qualité de l'information dans la base de données afin de la rendre plus fiable et plus facile à utiliser dans les rapports et appels d'offres. L'intégration des systèmes terminée, nous avons commencé à réintégrer l'échange de données informatisé (EDI) avec les divers fournisseurs qui appuient cette technologie. Ce processus d'intégration se poursuivra jusqu'à l'an prochain.

Par ailleurs, la Direction de la logistique a joué un rôle clé pour appuyer l'équipe du Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) — rattachée au Programme de services intégrés de première ligne — dans la gestion du nombre accru de demandeurs d'asile enregistré pendant l'été 2017. L'équipe des achats a participé aux contrats régissant les logements temporaires et l'entretien des établissements, les commandes de nourriture et les services de buanderie et de sécurité, le tout pour veiller à ce que les demandeurs d'asile bénéficient de l'aide dont ils ont besoin pendant qu'ils sont confiés à nos soins. Nous avons également offert un support logistique pour le déménagement d'articles dans les différents établissements.

Enfin, le Service des achats continue à élargir le nombre de produits liés à un contrat d'achat et à augmenter sa participation aux achats en groupe afin d'engranger des économies égales ou supérieures aux objectifs fixés par le Ministère. Ces efforts se poursuivront l'année prochaine.

4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Pour la troisième année d'existence du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le Dr Lawrence Rosenberg, le président-directeur général, a signé une entente de gestion et d'imputabilité (EGI) avec le ministère de la Santé et des services sociaux. Le niveau d'atteinte des résultats de l'EGI est partagé régulièrement avec les directeurs et le conseil d'administration.

Le chapitre III de l'entente de l'entente porte sur les attentes spécifiques du MSSS. Il s'agit essentiellement de procéder à la mise en œuvre de différents éléments de la gouvernance et de la gestion du nouveau CIUSSS. De plus, plusieurs modalités d'amélioration de l'offre de services sont aussi précisées. Certains de ces éléments sont documentés dans le tableau des résultats présentés en Annexe 3 à la page 172. Voici des exemples d'attentes spécifiques auxquelles l'équipe du CIUSSS a répondu :

- Adopter des mesures pour que les usagers en niveaux de soins alternatifs occupant des lits de courte durée en centre hospitalier puissent être redirigés vers d'autres soins et services. A cet égard, nous avons beaucoup diminué le nombre de ces usagers en attente
- Nous avons poursuivi et coordonné l'accueil santé et services sociaux d'un nombre fort important de demandeurs d'asile dans le cadre du programme PRAIDA.
- Nous avons un plan de sécurité informationnelle et débuter certains activités.
- Nous avons terminé la consolidation de nos systèmes d'informations administratifs.
- Soins palliatifs de fin de vie : nous avons poursuivi l'actualisation la Loi 2.

La très grande majorité des 50 cibles de qualité et de performance établies par le MSSS ont été rencontrées (de 95% à 100% d'atteinte) soit 28 cibles. Pour 10 indicateurs les cibles ont même été dépassées. C'est le cas pour certaines épreuves d'imagerie, les cibles de desserte du programme SAPA, le nombre de places en soutien d'intensité variables en santé mentale et le nombre de GMF.

Par contre, pour 12 indicateurs, moins de 85% de la cible a été atteinte. Ainsi, les délais d'accès pour un service spécialisé pour les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme, le nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile, le pourcentage de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille, les délais requis pour la chirurgie oncologique et les indicateurs de gestion des ressources humaines, des plans d'amélioration sont requis.

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

5.1 L'AGRÈMENT ET LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Pour une troisième année d'existence du CIUSSS, la DQEPEA a complété son équipe de conseillères en décembre 2017 et a consacré la majeure partie de ses efforts au soutien des équipes d'amélioration continue de la qualité selon les normes et standards de la démarche d'agrément avec Agrément Canada. Les équipes d'amélioration continue maintiennent leur engagement à effectuer dans tous les grands secteurs du CIUSSS, une cartographie (autoévaluations avec taux de participation de 2000 employés) de la conformité aux pratiques organisationnelles requises et aux normes des épisodes de soins, services et des processus prioritaires.

Cet exercice exigeant, a permis non seulement d'assurer une qualité et une sécurité accrues dans le CIUSSS, mais aussi aux équipes d'accélérer la mise en œuvre des plans d'actions des différentes missions, leur intégration et fonctions. De plus, il est à rappeler que lors de la dernière visite d'agrément de 2016 avec rapport final reçu en avril 2017, l'ensemble des administrateurs, gestionnaires, personnel, partenaires et médecins ont reçu avec fierté un excellent rapport d'Agrément Canada avec un taux de conformité de 96,3 % aux différents standards.

De plus, en novembre 2017, le CIUSSS répondait avec succès aux huit normes pour lesquels un suivi après un an fut demandé en lien avec la sécurité des médicaments, les contentions, la prévention des infections et de la violence. On souligne aussi les sondages auprès de l'ensemble des employés concernant la Culture de la sécurité et la mobilisation des employés ayant obtenu un taux de participation de 35%. On poursuit tous nos efforts de cette démarche continue pour la prochaine visite prévue en novembre 2018 et qui est pilotée par la DQEPEA.

Tableau des résultats de la visite d'agrément de novembre 2016 (rapport avril 2017)

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	45 (97,8%)	1 (2,2%)	4	30 (93,8%)	2 (6,3%)	4	75 (96,2%)	3 (3,8%)	8
Leadership	46 (100,0%)	0 (0,0%)	3	91 (94,8%)	5 (5,2%)	0	137 (96,5%)	5 (3,5%)	3
Prévention et contrôle des infections	45 (95,7%)	2 (4,3%)	10	31 (96,9%)	1 (3,1%)	2	76 (96,2%)	3 (3,8%)	12
Gestion des médicaments	66 (89,2%)	8 (10,8%)	4	58 (90,6%)	6 (9,4%)	0	124 (89,9%)	14 (10,1%)	4
Santé et bien-être de la population	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0	39 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de santé mentale	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	92 (100,0%)	0 (0,0%)	0	142 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de santé mentale communautaires et le soutien offert aux usagers	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	93 (100,0%)	0 (0,0%)	1	137 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Soins de longue durée	52 (96,3%)	2 (3,7%)	0	93 (93,9%)	6 (6,1%)	0	145 (94,8%)	8 (5,2%)	0
Soins et services à domicile	47 (95,9%)	2 (4,1%)	0	73 (96,1%)	3 (3,9%)	0	120 (96,0%)	5 (4,0%)	0
Total	399 (96,4%)	15 (3,6%)	21	596 (96,3%)	23 (3,7%)	7	995 (96,3%)	38 (3,7%)	28

Les visites ministérielles

Cette année, le CIUSSS a reçu une visite ministérielle visant à évaluer le milieu de vie en CHSLD et ressource intermédiaire (RI). Cette dernière a eu lieu au Centre gériatrique Maimonides Donald Berman. De plus, nous avons eu 2 visites de vérification aux CHSLDs : Hôpital Mont-Sinaï et Centre d'hébergement Henri-Bradet. Des plans d'amélioration ont été élaborés et mis à jour pour l'ensemble de nos sites en respectant le calendrier MSSS. Le CIUSSS est responsable de la qualité du milieu de vie dans ses CHSLD et des ressources intermédiaires pour les personnes âgées et pour la clientèle du Centre Miriam. L'établissement soutient et accompagne aussi les établissements privés et les résidences privées RI-RTF de son réseau territorial dans la réalisation de leur mandat en matière de qualité et sécurité.

Au niveau des soins de longue durée, on met en œuvre des tournées de la nouvelle commissaire aux plaintes et à la qualité des services, un renforcement du rôle du PAB accompagnateur, des améliorations au niveau de l'ajustement des tables des usagers lors

des repas, le soutien à la réactivation des comités de résidents, la mise sur pied d'un comité de coordination de la qualité avec usagers et équipe de chaque centre afin d'identifier les enjeux, améliorations et offrir plus de soutiens transversaux.

Au niveau des RI-RTF tant SAPA qu'en déficience intellectuelle, les efforts principaux ont été au niveau de l'implantation du cadre de référence avec notamment, la formation à l'ensemble des Promoteurs des RI et professionnels de nos établissement.

Pour les RI du secteur DI-TSA, en terme d'amélioration, un Kaizen a été fait afin de revoir les services en collaboration avec des usagers et l'organisation du travail notamment au niveau de l'interdisciplinarité. Pour les RI-RTF du programme SAPA, le processus d'intégration d'un nouvel usager a été revu dans l'optique d'uniformiser les pratiques de l'ensemble de nos RI-RTF et ainsi offrir un service de qualité plus grand à nos usagers. Entre autre, il y a eu l'uniformisation des formulaires en soins infirmiers et les pochettes d'accueil ont été revues pour améliorer l'intégration des nouveaux des usagers. De plus, pour les RI-RTF SAPA, nous en sommes à revoir le support clinique offert à nos intervenants professionnels dans l'optique de mieux encadrer et uniformiser leur pratique dans le réseau de nos RI-RTF.

Tableau bilan des visites ministérielles de 2017-2018

Installation	Date dernière visite	Visite en 2017-2018	Mise à jour des plans	Nombre de recommandations
CHSLD Juif de Montréal - Kastner	2016-11-22		x	8
CHSLD Juif de Montréal - Hope	2016-11-23		x	9
CHSLD Vigi Mont-Royal*	2014-09-29			9
CHSLD Vigi Reine-Elizabeth*	2017-11-21	x		5
Centre gériatrique Maimonides Donald Berman	2018-01-16	x		11
Château Westmount*	2017-02-14		x	8
Hôpital Mont-Sinaï	2015-06-02		x	9
CHSLD Saint-Georges	2015-06-09			1
RI-RTF (Hébergement)	2015-09-30		x	10
Centre d'hébergement Saint-Margaret	2015-10-20		x	7
Centre d'hébergement Saint-Andrew	2015-10-22		x	6
Centre d'hébergement Father-Dowd	2016-01-26		x	8
Centre d'hébergement Henri-Bradet	2016-02-23		x	14
Centre d'hébergement Waldorf*	2016-04-06			12
RI-RTF (Centre Miriam - Réadaptation)	2016-06-15		x	7

5.2 LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La DQEPEA continue de produire et diffuser trimestriellement des tableaux de bord qualité et sécurité dans toutes les missions. Des travaux ont été initiés pour la mesure des résultats des soins et services sur la santé et le bien-être des usagers soit pour le centre de la cataracte, la neurochirurgie et la santé mentale. Le service de gestion de l'information continue d'améliorer son soutien aux cliniciens et aux gestionnaires en augmentant son offre de services partout dans le CIUSSS. Les indicateurs de qualité et performance soutiennent la démarche d'agrément mais aussi la gestion du flux des patients, le désengorgement de l'urgence, la mise en place de trajectoires de soins et services et des salles de pilotage, la gouvernance et la reddition de compte auprès du MSSS pour l'entente de gestion ou d'autres demandes gouvernementales.

Au printemps, avec l'initiative du service des archives et de la direction des ressources informationnelles, l'implantation d'un index patient maître (IPM) a été réalisé dans tout

le CIUSSS. Cet outil permet aux cliniciens et aux gestionnaires d'avoir accès à un identifiant unique pour chacun des usagers du CIUSSS et ainsi d'effectuer une communication rapide et sécuritaire de l'information de l'utilisateur entre les différentes missions du CIUSSS et à l'appariement de nos informations avec celles de la RAMQ.

Un plan de sécurité informationnelle est en constante amélioration. À cet égard, des politiques ont été élaborées, des analyses de sécurité ont été complétées et des audits ont été effectués.

La DQEPEA soutient le comité du CA sur l'environnement physique et la sécurité qui s'est doté d'un mandat de fonctionnement pour devenir plus performant clarifiant les rôles et responsabilités de chacun. Le comité a travaillé sur une feuille d'évaluation des installations visitées afin de toujours regarder des aspects sécurité et qualité de façon systématique et ainsi permettre la rédaction de son rapport et suivi après chaque visite. Le comité a planifié son calendrier de visite pour 2018-2019 alternant une visite et une rencontre par le comité.

Le service d'éthique clinique répond aux besoins de consultations et de formation tout en diffusant le code d'éthique et le cadre d'éthique auprès des différentes missions du CIUSSS. Le code d'éthique ainsi que les valeurs, la vision et la mission qui furent adoptés par le CA en juin 2016 continue de guider nos initiatives. Le cadre d'éthique comprend les informations sur l'éthique clinique, l'éthique de la recherche, l'éthique organisationnelle et sa documentation et diffusion sont améliorés.

Conformément aux matrices Hoshin-Kanri présentant en cascade les orientations stratégiques et les tactiques du PDG jusqu'aux équipes terrain orchestrée par la DQEPEA, la direction adjointe innovation, analyse quantitative et prescriptive a soutenu les formations des équipes et l'implantation de plusieurs salles de pilotage tant au niveau stratégique, que tactique et opérationnel. Les réalisations spécifiques comprennent le soutien et la mise en œuvre d'unités de pratiques intégrées (inter-mission) en cardiologie, musculo-squelettique, santé mentale, troubles du développement, neurosciences... utilisant la méthodologie interdisciplinaire 'Lean' et entourant plusieurs trajectoires usagers spécifiques et leurs améliorations.

De plus, des séminaires pour aider les gestionnaires et le personnel à identifier les occasions d'utiliser les analyses pour améliorer les opérations du CIUSSS, et une analyse de l'impact financier de la combinaison des interventions chirurgicales réalisées. De plus, une analyse de simulation des services de guichet, et des services de première ligne, a été réalisée pour aider le CIUSSS à répondre plus rapidement aux besoins de santé mentale de ses clients, avec le personnel existant.

On doit souligner l'unification des systèmes informatiques administratifs (paie, gestion des ressources, gestion des ressources financières et gestion des ressources matérielles), l'approvisionnement du bloc opératoire, l'optimisation des services de soutien, la mise sur pied du centre de la cataracte, l'optimisation de la fonction dotation.

Application des mesures de contrôle des usagers

Le comité finalise actuellement une politique et procédure qui représente un grand travail d'harmonisation à travers le CIUSSS quant aux mesures de contrôle. Cette politique et procédure est basée sur des données probantes, les plus récentes lignes directrices émanant du Ministère de la santé et des services sociaux, ainsi que des consultations multidisciplinaires dans chaque mission. Elle met l'emphase sur les mesures alternatives et vise à harmoniser la démarche décisionnelle, les outils de consentement et de surveillance, et l'approche aux mesures de contrôle chimiques. Des audits CIUSSS sur la prévalence des mesures de contrôle physiques prennent place de façon régulière depuis 2016.

À l'aide des audits, les comités d'ACQ sur l'utilisation des alternatives aux mesures de contrôle de chaque mission du CIUSSS bâtit, en collaboration avec le comité central CIUSSS, des plans d'amélioration. Ces plans sont mis à jour et raffinés régulièrement à la lumière des résultats. Un plan de formation du personnel est également planifié en lien avec le déploiement de la nouvelle politique et procédure.

Rapports du coroner

La DQEPEA garde un registre des rapports du coroner et des recommandations et dernièrement, pilote dans un secteur l'intégration des recommandations de façon proactive en auditant des pratiques visées pour en assurer leur conformité. Des améliorations sont notables en matière de signalement au coroner comme du signalement par les archives des demandes de documents du coroner et même notre participation aux enquêtes lorsque demandés de sorte que nous soyons proactifs dans nos évaluations internes et mises en œuvres d'améliorations avant même de recevoir des recommandations.

Concernant la maltraitance des usagers

Cette année, des événements ont été déclarés concernant des cas de maltraitance d'usagers. Pour ces événements, des soutiens ont été faits par le service de la qualité, de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le service des affaires juridiques et des directions de soutien clinique et de l'éthique clinique afin d'accompagner concernant les processus à suivre quand ces situations se présentent pour accompagner au mieux les équipes et les usagers. De plus, le CIUSSS implantera une politique durant l'année 2018-2019 sans compter qu'il joue un rôle conseil important pour la province en la matière.

Bureau de l'expérience-usager (patient-résident-client)

Tout au long de l'année, le bureau de l'Expérience usager a coordonné les différentes activités soutenant la réalisation de la vision et la culture du CIUSSS qui se sont

déroulées en vue d'offrir une expérience usager exceptionnelle. Nous avons maintenant recruté plus de 30 patients/usagers partenaires qui se sont joints à différents projets, comités, équipes d'amélioration continue de la qualité ou autres initiatives du CIUSSS et ceci à travers toutes les missions. Un comité de soutien à ces usagers partenaires a été mise en œuvre et on développe l'évaluation du programme et ses améliorations. Les patients partenaires et représentants communautaires font partie intégrante de nos modes d'intervention depuis plus de 15 ans avec nos équipes et siège au comité de la qualité et de la gestion des risques ainsi qu'au comité Vigilance. On révisé ainsi tous les plans d'amélioration de l'expérience usager découlant de la mesure de cette dernière.

Le bureau de l'expérience usager soutien aussi l'approche milieu de vie dans les CHSLD du CIUSSS et ceci en gérant aussi les services de loisirs thérapeutiques offerts par 25 employés et de contractants au sein des CHSLD.

L'expérience patient-usager

L'évaluation de l'expérience usager s'est étendue dans toutes les missions et secteurs du CIUSSS et la planification est complétée pour les 3 prochaines années. De fait, elle se fait de façon continue auprès de la clientèle de santé physique de l'hôpital et en réadaptation (2018), en 2016 au programme de santé mentale et au programme SAPA en soins de longue durée, en 2017 aux services intégrés de premières lignes (GMF). Des plans d'amélioration de l'expérience usager sont en cours.

En plus, de ces nouveaux questionnaires et résultats toutes les équipes ont reçu les données de base déjà existantes et l'établissement a fait le bilan des outils d'évaluation de la satisfaction de la clientèle réalisés dans le cadre des dernières démarches de renouvellement d'agrément (soit, pour les composantes du CIUSSS préalablement inscrites dans le programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément ou le programme du Conseil québécois d'agrément).

L'évaluation de l'expérience-patient portant sur les soins aigus offerts à l'hôpital général juif (HGJ) au sein du CIUSSS Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal est effectuée par un sondage administré de façon continue. Depuis plus de 15 ans, l'HGJ mesure et améliore la satisfaction et l'expérience-patient. Depuis juin 2015, l'hôpital a introduit le sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC). Le SEHPC a été créé et validé par le groupe de travail interprovincial sur la satisfaction des patients. Cette initiative est une collaboration entre l'Institut canadien d'information pour la santé (ICIS), l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et Agrément Canada. En 2017-2018, 140 questionnaires sont envoyés de façon hebdomadaire et 2400 furent complétés. Des rapports trimestriels sont envoyés aux unités de soins comme aux directions qui doivent mettre en œuvre des plans d'amélioration.

Nous sommes fiers de constater des améliorations de l'expérience patient à l'hôpital enregistrées au niveau de l'information fournie aux usagers (+11%), de la propreté des lieux (+13%) et de l'appréciation générale mesurée par la propension à recommander

l'hôpital à d'autres patients (+9%). Cette année, on s'améliore aussi au niveau de la prescription des médicaments (+8%), de l'information données sur la condition/le traitement (+4%), et pour recevoir de l'aide lorsque demandée/réceptivité du personnel (+4%). On remarque une augmentation de l'évaluation globale (+3%) et dépasse les cibles internationales de l'appréciation générale mesurée par la propension à recommander l'hôpital à d'autres patients.

Les résultats de l'expérience usager en services de première ligne (GMF) indiquent le respect et les rendez-vous. En longue durée la personnalisation des chambres et la sécurité ressort comme un point fort. En santé mentale, le respect, l'intimité et la propreté en externe et à l'interne s'ajoute la rapidité pour obtenir une chambre.

L'engagement actuel de notre CIUSSS et aux sein des équipe d'amélioration de la qualité, résulte en un effort concerté de recueillir, dans tous les secteurs d'activités, les outils et modalités en vigueur pour obtenir la perspective et la participation des usagers et documenter les processus révisés et les améliorations réalisées en conséquence (ex: révision du processus d'accueil/d'évaluation/d'orientation des demandes de services/références pour le simplifier et réduire la redondance dans la collecte de données auprès de l'usager, validation systématique de l'ouverture à ce qu'un proche soit invité lors de l'établissement d'objectifs spécifiques pour l'épisode de soins/services, la documentation sur les tableaux des chambres, des rondes systématiques, le processus de congé et la modification de sessions de groupe visant l'autogestion d'une condition chronique. En soins de longue durée, on améliore l'expérience repas, hygiène et les activités en soirée. En santé mentale, on améliore les activités, l'hôpital de jour, le réaménagement de l'unité interne et de l'urgence, l'unité Flex (unité d'hospitalisation brève), la sécurité des accès aux unités. En GMF, on améliore l'expérience d'attente et l'implication des patients.

Aussi, diverses équipes d'amélioration continue de la qualité ont identifié avec la DQEPEA des modalités à appliquer à court terme afin d'obtenir des données renouvelées sur l'expérience des usagers et, lorsque possible, de se comparer à d'autres établissements et aux données probantes.

Bénévoles

Le service des bénévoles et des services spirituels a réussi l'intégration de leurs activités. Des activités de reconnaissance ont été tenues en juin 2017 et en mai 2018 pour les bénévoles du CIUSSS. Des évaluations démontrent une grande satisfaction autant pour les bénévoles que pour les services et unités qui travaillent avec ces derniers.

Depuis des années, les services de bénévoles de tous les établissements du CIUSSS se distinguent par la qualité de leur soutien et par le nombre considérable de leurs membres. L'esprit bénévole est tout à fait remarquable. Collectivement, ces personnes constituent une force motrice de changements positifs et des améliorations apportées à la qualité des soins dans nos établissements et dans l'ensemble de la société. La volonté de donner de

son temps continue d'augmenter et les bénévoles jouent un rôle actif dans un nombre croissant de domaines. En plus de s'impliquer dans des projets au sein de leur établissement, ces personnes contribuent à améliorer le travail mené dans presque chaque division, clinique et service de notre CIUSSS.

Environ 2 200 bénévoles travaillent activement au sein de notre CIUSSS, et de ce nombre, près de 1 000 d'entre eux offrent leurs services à l'Hôpital général juif. Collectivement, il s'agit du plus grand organisme de bénévolat à Montréal. Ces femmes et ces hommes dévoués — de tous les âges et issus de différents milieux culturels, ethniques et religieux — consacrent tous les ans des milliers d'heures aux bénéficiaires de soins de santé de leur établissement. L'affectation des bénévoles se fait dans l'ensemble de l'établissement, et les services fournis sont presque aussi nombreux et variés que les bénévoles eux-mêmes.

Pour souligner notre reconnaissance aux bénévoles de notre CIUSSS dans le cadre de la Semaine nationale de l'action bénévole, une série de sept (7) vidéos a d'ailleurs été produite conjointement avec le service des communications.

Le Service de bénévolat du CIUSSS s'efforce continuellement de rehausser les occasions de bénévolat pour combler les besoins de nos clients. Les programmes de formation à l'intention de nos bénévoles sont conçus pour correspondre à ces besoins, que ce soit en santé mentale, en gériatrie, en réadaptation, etc. L'équipe des bénévoles du CIUSSS préconise tous les établissements comme possibilité de travail, ce qui nous permet d'apparier le savoir-faire et l'expérience de nos bénévoles avec l'établissement où ils seront envoyés.

Les membres de l'équipe responsable des bénévoles ont également pu bénéficier de formations offertes par le Centre d'action bénévole de Montréal incluant un atelier sur la maladie d'Alzheimer en mars 2018.

Cette année, des postes bénévoles ont été développés en partenariat avec l'unité de soins intensifs ainsi que le département de psychiatrie (ICFP). Du côté de l'ICFP, une borne électronique a été installée pour permettre aux bénévoles de s'enregistrer électroniquement à leur arrivée sur le site. Le nombre et la visibilité des bénévoles assignés à l'accueil aux points d'entrée de l'hôpital, en prenant soin d'y ajouter un service de guides (« wayfinders ») qui se font un plaisir d'accompagner les usagers jusqu'à leur destination au besoin.

Les objectifs d'amélioration sont :

- Infolettre CIUSSS mensuelle accessible en ligne et mettant en vedette une unité spécifique, sa mission, un bénévole, les projets en cours, etc.
- Participer à l'embauche d'un éducateur pour notre unité de médecine avec un profil de gériatrie pour superviser les bénévoles lors d'Activités

- Développer un système de signature en ligne pour l'ensemble des sites du CIUSSS pour permettre aux bénévoles d'enregistrer leurs arrivées et départs

5.3 LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT

	Hôpital général juif	Nom de l'installation 2	Nom de l'installation 3	Nom de l'installation 4	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	971				971
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	839				839
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	approx 10*
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	approx 10				approx 10
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	approx 10				approx 10
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	248
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)	217				217
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	183				183
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	1030				1030

* Les chiffres ont été actualisés depuis l'envoi des données fournies au mois de juin. En effet, les chiffres ont été validés à nouveau afin de bien classer les données selon les catégories identifiées dans le document joint à votre lettre datée du 3 août dernier.

Veillez noter que le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a pris les mesures requises au cours des derniers mois afin que les données et statistiques soient centralisées au sein de son bureau des affaires juridiques, tel que recommandé.

Étant donné que cette centralisation est toute récente, une remarque s'impose relativement au nombre de gardes provisoires en vue d'une évaluation psychiatrique obtenues pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017.

En effet, nous sommes en mesure de vous confirmer que 17 gardes provisoires ont été demandées et obtenues par les avocats de l'établissement au nom d'un médecin ou autre professionnel de la santé.

De plus, nous avons reçu confirmation que 19 autres gardes provisoires ont été demandées directement par des professionnels de la santé des différents sites du CIUSSS et de ses établissements regroupés, rattachées à différents programmes et ce sans l'intervention d'avocats.

Toutefois, il est possible que des demandes additionnelles aient été présentées directement par les professionnels de la santé pour l'année financière du 1er avril 2016 au 31 mars 2017 sans qu'elles n'aient pu être comptabilisées par le bureau des affaires juridiques.

5.4 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport peut être consulté en ligne à http://ciusss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_coim/CIUSSS/Rapports/Rapport_de_Commissaire_aux_plaintes_2017-2018.pdf.

6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Données pour l'ensemble du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal¹

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 253
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	13
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	24
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	9
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	15 2 transferts d'établissement 2 personnes ont changé d'avis 7 personnes sont décédées naturellement 4 personnes ne répondaient pas aux critères

¹ Les données présentées dans ce tableau couvrent les périodes suivantes :

- Du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017
- Du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, COMMUNICATIONS, AFFAIRES JURIDIQUES ET SÉCURITÉ GLOBALE

Réalisations

La Direction des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale poursuit ses efforts d'harmonisation afin d'assurer l'efficacité de ses services. En effet, les bases de données des systèmes GRH-paie des 9 établissements historiques ont été fusionnées pour n'en former qu'une seule facilitant ainsi grandement la gestion électronique des dossiers d'employé et le traitement de la paie. La phase suivante de ce projet visant à exploiter de façon optimale toutes les fonctionnalités du système est en cours d'actualisation.

En suivi de l'analyse du processus de cheminement de la requête de personnel en méthode Lean réalisée l'an dernier, une étude d'optimisation visant à améliorer l'efficacité du processus de recrutement a été entreprise. À cet effet, des déménagements de certaines équipes RH ont été faits pour permettre la proximité des équipes naturelles de travail et ainsi assurer une meilleure fluidité.

Le CIUSSS, est toujours très engagé envers la promotion de la santé, sécurité et du mieux-être au travail. Des focus groupes ont été réalisés cette année afin de recueillir les préoccupations du personnel en lien avec le climat organisationnel. Des pistes de solution ont par la suite été identifiées et intégrées au plan d'action santé, sécurité et mieux-être au travail, notamment dans l'élaboration du plan d'action appuyant le programme de prévention en santé mentale. La direction des ressources humaines travaille étroitement avec la direction de la santé mentale et la direction de la qualité afin d'assurer le partage d'expertise et ainsi bonifier les interventions en la matière. Le comité santé, sécurité et mieux-être au travail est co-présidé par la Directrice des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale et la Directrice générale adjointe/directrice de la qualité.

Ce printemps, une équipe composée de 19 membres du personnel, dont le capitaine était la DRHCAJ, a participé à la quatrième édition de l'événement-bénéfice Corps & Âme. Les fonds recueillis par l'équipe, soit plus de 12 000\$, ont été versés à la Fondation de l'Hôpital général juif en appui à des initiatives visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être du personnel du CIUSSS.

Un exercice de planification de la main-d'œuvre a eu lieu pour mesurer le nombre potentiel de départs à la retraite des gestionnaires du CIUSSS. Les résultats de cet exercice ont servis à alimenter les réflexions entourant la mise sur pied d'un programme intégré de gestion du leadership et de la relève qui sera mis de l'avant dans l'année 2018-2019.

Plusieurs dossiers majeurs ont requis l'implication de la direction des ressources humaines, notamment l'arrivée massive de demandeurs d'asile qui a nécessité de nombreuses embauches au PRAIDA et l'octroi par le ministère de la santé de budgets de développement au SAPA et en réadaptation avec lesquels de nouveaux postes ont été créés et dotés.

L'Hôpital général juif est nommé un des meilleurs employeurs de Montréal depuis 2013.

Les résultats de ces initiatives se reflètent dans nos indicateurs de performance avec un taux de roulement qui se situe pour l'année 2017-2018 à 13,01%, soit légèrement en deçà de la moyenne pour la région de Montréal de 13,08% pour la même période. Le taux de rétention est à 80,77% pour l'année 2017-2018, légèrement inférieur à l'année précédente, mais se comparant tout de même favorablement à la moyenne nationale de 79,54%. Il est à noter que les taux de roulement et de rétention ont été affectés cette année par l'embauche temporaire significative pour PRAIDA.

Le ratio d'heures d'assurance salaire du CIUSSS du Centre-Ouest-de l'Île-de-Montréal se situe à 5,54% en fin d'année 2017-2018. À la période 6, il était de 5,43% et demeurerait le plus bas au Québec et substantiellement en deçà de la moyenne québécoise se situant à 7,39% à la même période.

Ces actions visant à assurer l'attraction, la rétention et le développement et le mieux-être du personnel ont une incidence directe sur la qualité des soins et services dispensés à nos clientèles.

Gestion de contrôle des effectifs

Voir tableau « Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs »

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

Les investissements importants dans différents programmes, dont le SAPA, et la conversion d'autres charges en postes ont fait augmenter le nombre d'ETC, mais sont justifiés.

7.2 LA GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

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

11045176 - CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 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	785,685	1,446	787,131	426	507
	2015-16	726,491	1,547	728,038	394	475
	2016-17	664,234	2,163	666,397	361	467
	2017-18	596,816	1,710	598,526	329	406
	Variation	(24.0 %)	18.3 %	(24.0 %)	(22.9 %)	(19.9 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1,854,326	7,442	1,861,768	1,027	1,429
	2015-16	1,866,171	6,915	1,873,086	1,033	1,409
	2016-17	1,903,094	6,051	1,909,145	1,053	1,455
	2017-18	2,025,315	9,519	2,034,834	1,121	1,574
	Variation	9.2 %	27.9 %	9.3 %	9.2 %	10.1 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	3,786,742	116,133	3,902,875	2,015	2,871
	2015-16	3,781,989	117,649	3,899,639	2,013	2,785
	2016-17	3,846,371	149,478	3,995,849	2,042	2,825
	2017-18	3,979,061	145,942	4,125,003	2,112	2,935
	Variation	5.1 %	25.7 %	5.7 %	4.8 %	2.2 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	5,840,987	71,075	5,912,061	3,204	4,226
	2015-16	5,732,804	77,675	5,810,479	3,143	4,128
	2016-17	5,733,321	93,763	5,827,084	3,146	4,198
	2017-18	5,623,898	105,581	5,729,479	3,084	4,241
	Variation	(3.7 %)	48.5 %	(3.1 %)	(3.7 %)	0.4 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1,259,101	13,301	1,272,402	639	966
	2015-16	1,231,096	14,821	1,245,917	625	937
	2016-17	1,302,092	22,286	1,324,377	660	990
	2017-18	1,294,887	25,768	1,320,655	657	983
	Variation	2.8 %	93.7 %	3.8 %	2.8 %	1.8 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	8,167	1	8,168	4	37
	2015-16	6,701	5	6,706	4	19
	2016-17	3,545	1	3,546	2	12
	2017-18	2,159	0	2,159	1	4
	Variation	(73.6 %)	(100.0 %)	(73.6 %)	(73.1 %)	(89.2 %)
Total du personnel	2014-15	13,535,009	209,397	13,744,406	7,314	9,836
	2015-16	13,345,253	218,612	13,563,865	7,212	9,613
	2016-17	13,452,657	273,742	13,726,399	7,265	9,730
	2017-18	13,522,136	288,521	13,810,657	7,303	9,973
	Variation	(0.1 %)	37.8 %	0.5 %	(0.2 %)	1.4 %

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le rapport peut être consulté en ligne à http://ciusss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_coim/CIUSSS/Rapports/Rapports_financiers/50424_1104-5176_AS-471_2017-2018_V1_0_FINAL_.pdf.

8.1 LES ÉTATS FINANCIERS

Charges brutes par programme-services (non-auditées)		
Programmes - Services	Exercice courant	Exercice précédent
Santé publique	5,825,565	6,523,835
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	80,894,394	47,509,345
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	132,820,195	120,732,296
Déficiência physique	21,745,660	25,075,239
Déficiência intellectuelle et TSA	30,693,238	29,094,884
Jeunes en difficulté	5,904,811	5,738,532
Dépendances	1,626,334	297,956
Santé mentale	21,301,208	20,977,020
Santé Physique	280,088,994	290,277,462
Administration	52,706,926	53,069,935
Soutien aux services	54,398,608	54,670,381
Gestion des bâtiments et des équipements	73,527,787	66,354,331
Grand total par programmes-services	761,533,720 \$	720,321,216 \$

Contrats de services 2017-2018

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	0	\$
Contrats de services avec un contactant autre qu'une personne physique	174	41,198,192 \$
Total des contrats de services	174	41,198,192 \$

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Le CIUSSS de Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a terminé l'année avec un déficit de 4 891 989\$ dans le fonds d'exploitation et un surplus de 439 868\$ dans le fonds d'immobilisation.

Le déficit dans le fonds d'exploitation est composé d'un déficit de 7 645 269\$ dans les activités principales et un surplus de 2 753 280 \$ dans les activités accessoires.

Le déficit dans les activités principales résulte d'un ajustement, datant du 22 mai 2018, de la formule de calcul du MSSS pour le financement du soutien à domicile. Par conséquent, le CIUSSS n'a pas respecté son obligation légale de maintenir globalement l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus.

9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Le rapport peut être consulté en ligne à http://ciusss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_coim/CIUSSS/Rapports/Rapports_financiers/50424_1104-5176_AS-471_2017-2018_V1_0_FINAL_.pdf.

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), géré par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, comprendra de l'information à ce sujet dans son propre rapport annuel.

ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Code d'éthique et de déontologie des administrateur du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal Adopté le 14 avril 2016

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).

- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances⁷.

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

⁷ 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.

lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.

- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

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.

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du –CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 14 avril 2016, 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 CIUSSS.

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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 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 CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 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

ANNEXE 2 : LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ



Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2018-05-31
Responsables indicateurs : Tous les responsables

**Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS**

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
SANTÉ PUBLIQUE																					
1011301	2-CAV	Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire (Périodique) (Cavendish)		13	95.8%													100%			95.8 %
1011301	3-DLM	Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire (Périodique) (de la Montagne)		13	30.8%													28.9%			30.8 %
1011301	CIUSSS	Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire (Périodique) (CIUSSS)		13	55.6%													54.2%			55.6 %
<i>Objectif: Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier</i>																					
1011901	1-JGH	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (Annuel) (JGH)	100%	13																	
1011901	CIUSSS	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (Annuel) (CIUSSS)	100%	13																	
1011902	1-JGH	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 (Annuel) (JGH)	100%	13																	
1011902	CIUSSS	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 (Annuel) (CIUSSS)	100%	13																	
1011903	1-JGH	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (Annuel) (JGH)	100%	13																	
1011903	CIUSSS	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (Annuel) (CIUSSS)	100%	13																	

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion

ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
1011904	1-JGH	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS) (Annuel) (JGH)	100%	13																	
1011904	CIUSSS	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS) (Annuel) (CIUSSS)	100%	13																	
Objectif. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang																					
10126	1-JGH	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Annuel) (JGH)	80%	13	76.2%	4.8%	95.2%														76.2 %
10126	2.1-CHFD	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Annuel) (CH FATHER-DOWD)	80%	13	17.1%	78.6%	21.4%														17.1 %
10126	2.4-CHHB	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Annuel) (CH HENRI-BRADET)	80%	13	31%	61.3%	38.7%														31%
10126	2.5-CB	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Annuel) (CATHERINE-BOOTH)	80%	13	88.4%	10.5%	110.5%														88.4 %
10126	2.6-JR	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Annuel) (RICHARDSON)	80%	13	84.1%	5.1%	105.1%														84.1 %
10126	6-CHGM	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Annuel) (CENTRE HOSP. GERIATRIQUE MAIMONIDES)	80%	13	85.2%	6.5%	106.5%														85.2 %
10126	8-HMS	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Annuel) (Hopital Mont-Sinai)	80%	13	66.1%	17.4%	82.6%														66.1 %
10126	9.01-CK	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Annuel) (CHSLD KASTNER)	80%	13	75%	6.3%	93.7%														75%
10126	9.02-CH	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Annuel) (CHSLD HOPE)	80%	13	83.5%	4.4%	104.4%														83.5 %

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
10126	CIUSSS	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (Annuel) (CIUSSS)	80%	13	77.7%	2.9%	97.1%														77.7 %
10127	2-CAV	Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HBVPI-Hib dans les délais (Cumulée) (Cavendish)		13	92.2%									93.2%				92.9%			92.2 %
10127	3-DLM	Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HBVPI-Hib dans les délais (Cumulée) (de la Montagne)		13	88.9%									88.1%				89.1%			88.9 %
10127	CIUSSS	Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HBVPI-Hib dans les délais (Cumulée) (CIUSSS)		13	90%									89.8%				90.4%			90%
10128	2-CAV	Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (Cumulée) (Cavendish)		13	71.8%									72.6%				71.9%			71.8 %
10128	3-DLM	Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (Cumulée) (de la Montagne)		13	73.2%									71%				74.4%			73.2 %
10128	CIUSSS	Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (Cumulée) (CIUSSS)		13	72.7%									71.5%				73.6%			72.7 %
10129	2-CAV	Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (Cumulée) (Cavendish)		13	584				31	72	108	153	213	242	287	328	371	421	475	533	584
10129	3-DLM	Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (Cumulée) (de la Montagne)		13	631				27	51	97	125	154	200	247	283	365	401	486	566	631
10129	CIUSSS	Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (Cumulée) (CIUSSS)		13	1215				58	123	205	278	367	442	534	611	736	822	961	1099	1215
10130	2-CAV	Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais (Cumulée) (Cavendish)		13	71%									68%				70.2%			71%
10130	3-DLM	Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais (Cumulée) (de la Montagne)		13	59.8%									58.6%				61.6%			59.8 %
10130	CIUSSS	Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais (Cumulée) (CIUSSS)		13	63.7%									62%				64.6%			63.7 %

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
SERVICES GÉNÉRAUX																					
10204	9.2-AM	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins (Périodique) (de la Montagne)	90%	13	88.2%	2.0%	98.0%	↘	88.2%	89.2%	89.2%	88.8%	89%	88.3%	88.6%	88.6%	88.6%	88.8%	88.5%	88.4%	88.2%
10204	CIUSSS	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins (Périodique) (CIUSSS)	90%	13	88.2%	2.0%	98.0%	↘	88.2%	89.2%	89.2%	88.8%	89%	88.3%	88.6%	88.6%	88.6%	88.8%	88.5%	88.4%	88.2%
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)																					
<i>Objectif: Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées</i>																					
1030701	1-JGH	Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implantés les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée (Annuel) (JGH)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1030701	CIUSSS	Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implantés les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée (Annuel) (CIUSSS)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1030702	1-JGH	Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée (Annuel) (JGH)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1030702	CIUSSS	Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée (Annuel) (CIUSSS)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
10310	2-CAV	Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale (Annuel) (Cavendish)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
10310	3-DLM	Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale (Annuel) (de la Montagne)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
10310	CIUSSS	Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale (Annuel) (CIUSSS)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
10313	2.1-CHFD	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (Cumulée) (CENTRE D'HEBERGEMENT FATHER-DOWD)	80%	13	80.8%	1.0%	101.0%	↗	85.7%	100%	84.6%	85.7%	86.7%	85%	84%	83.9%	81.8%	81.1%	78.3%	80%	80.8%
10313	2.2-	Pourcentage de personnes nouvellement admises en	80%	13	63.9%	20.1%	79.9%		100%	100%	85.7%	88.9%	83.3%	73.3%	73.7%	70%	58.1%	61.8%	62.9%	63.9%	63.9

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																						
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	
	CHSM	CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (Cumulée) (CENTRE D'HEBERGEMENT ST-MARGARET)						↔													%	
10313	2.3-CHSA	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (Cumulée) (CENTRE D'HEBERGEMENT ST-ANDREW)	80%	13	70.4%	12.0%	88.0%	↘		83.3%	85.7%	88.9%	83.3%	80%	80%	70.6%	68.4%	68.4%	70%	72%	70.4%	
10313	2.4-CHHB	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (Cumulée) (CENTRE D'HEBERGEMENT HENRI-BRADET)	80%	13	30%	62.5%	37.5%	↗		0%	0%	0%	10%	8.3%	12.5%	21.1%	20%	25%	26.9%	29.6%	28.6%	30%
10313	3-DLM	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (Cumulée) (de la Montagne)	80%	13	75%	6.3%	93.7%														75%	
10313	6-CHGM	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (Cumulée) (CENTRE HOSP. GERIATRIQUE MAIMONIDES)	80%	13	74.8%	6.5%	93.5%	↗		0%	50%	52.2%	58.1%	60.5%	66%	70.2%	73.2%	72.8%	75%	73.9%	74.6%	74.8%
10313	8-HMS	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (Cumulée) (Hopital Mont-Sinai)	80%	13	42.9%	46.4%	53.6%	↔	100%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	60%	42.9%	42.9%
10313	9.01-CK	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (Cumulée) (CHSLD Kastner)	80%	13	75.9%	5.1%	94.9%	↗	85.7%	77.8%	84.8%	81.1%	81.6%	79.7%	78.3%	78.2%	76.1%	77.4%	76%	74.8%	75.9%	
10313	CIUSSS	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (Cumulée) (CIUSSS)	80%	13	70.9%	11.4%	88.6%	↗	66.7%	70.4%	70.2%	70.2%	70.4%	70.2%	71.2%	71.4%	68.9%	70.5%	70.1%	70.2%	70.9%	
SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE																						
<i>Objectif: Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée</i>																						
1030501	2-CAV	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (Cumulée) (Cavendish)		13	413037				32902	66353	99406	133158	166460	198901	231309	263240	294908	325305	355040	384351	413037	
1030501	3-DLM	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (Cumulée) (de la Montagne)		13	559428				43739	88159	132761	178075	223662	267461	312075	354874	398960	440279	480756	520939	559428	
1030501	CIUSSS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (Cumulée) (CIUSSS)	808580	13	972465	20.3%	120.3%	↗	76641	154512	232168	311233	390122	466362	543384	618115	693869	765584	835796	905290	972465	

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
10311	2-CAV	Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (Cavendish)		13	2697									2381							2697
10311	3-DLM	Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (de la Montagne)		13	3651									3529							3651
10311	CIUSSS	Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (CIUSSS)	6272	13	6348	1.2%	101.2%	↗						5910							6348
10312	2-CAV	Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (Cavendish)	90%	13	83.1%	7.7%	92.3%	↘						84.5%							83.1%
10312	3-DLM	Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (de la Montagne)	90%	13	88.5%	1.7%	98.3%	↗						80.4%							88.5%
10312	CIUSSS	Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (CIUSSS)	90%	13	86.2%	4.2%	95.8%	↗						82%							86.2%
DÉFICIENCES																					
10515	7-CM	Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (Cumulée) (Centre Miriam)	140	13	323.5	131.1%	-31.1%	↘						280.4							323.5
10515	CIUSSS	Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (Cumulée) (CIUSSS)	140	13	323.5	131.1%	-31.1%	↘						280.4							323.5
1450401	2-CAV	Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (Cavendish)	90%	13	85.9%	4.6%	95.4%	↗	80%	88.9%	81.3%	85%	85.2%	87.1%	88.6%	88.1%	85.4%	86%	85.5%	84.1%	85.9%
1450401	3-DLM	Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (de la Montagne)	90%	13	92%	2.2%	102.2%	↗	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	94.9%	93%	91.3%	91.5%	91.5%	92%

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
1450401	CIUSSS	Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (CIUSSS)	90%	13	88.4%	1.8%	98.2%	↗	87.5%	95%	90%	92.3%	92.5%	93.4%	92.6%	91.4%	89%	88.5%	88.2%	87.3%	88.4%
1450405	2-CAV	Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS (Périodique) (Cavendish)	97.3%	13	100%	2.8%	102.8%	↔						100%				100%			100%
1450405	4-MCK	Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS (Périodique) (Mackay)	97.3%	13	95.2%	2.2%	97.8%	↘						97%				95.9%			95.2%
1450405	5-CLB	Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS (Périodique) (Constance-Lethbridge)	97.3%	13	94.3%	3.1%	96.9%	↘						95.4%				94.9%			94.3%
1450405	CIUSSS	Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS (Périodique) (CIUSSS)	97.3%	13	95.3%	2.1%	97.9%	↘						96.6%				95.9%			95.3%
1450501	2-CAV	Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (Cavendish)	95.4%	13	81.3%	14.8%	85.2%	↗	100%	80%	82.4%	87.5%	87.9%	90.2%	82%	84.5%	83.9%	82.1%	79.2%	80%	81.3%
1450501	3-DLM	Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (de la Montagne)	95.4%	13	84.7%	11.2%	88.8%	↘	100%	87.5%	86.7%	82.1%	82.2%	83.9%	84.6%	86.3%	86.9%	85.4%	85.9%	85.6%	84.7%
1450501	CIUSSS	Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (CIUSSS)	95.4%	13	83.1%	12.9%	87.1%	↔	100%	84.6%	85.1%	84.1%	84.6%	86.6%	83.5%	85.5%	85.6%	84%	83%	83.1%	83.1%
1450505	7-CM	Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS	90%	13	25.9%	71.2%	28.8%	↘						45.5%				35.3%			25.9%

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
		ÂGES - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (Centre Miriam)																			
1450505	CIUSSS	Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (CIUSSS)	90%	13	25.9%	71.2%	28.8%	↘						45.5%				35.3%			25.9%
14600	4-MCK	Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail (Périodique) (Mackay)	70%	6	66.7%	4.7%	95.3%							66.7%							
14600	CIUSSS	Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail (Périodique) (CIUSSS)	70%	6	66.7%	4.7%	95.3%							66.7%							
JEUNES EN DIFFICULTÉ																					
10617	CIUSSS	Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence (Périodique) (CIUSSS)		13																	
DÉPENDANCE																					
10704	CIUSSS	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées		13																	
10706	2-CAV	Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance (Bi-annuel) (Cavendish)	75%	13	66.7%	11.1%	88.9%	↔						66.7%							66.7%
10706	3-DLM	Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance (Bi-annuel) (de la Montagne)	75%	13	66.7%	11.1%	88.9%	↔						66.7%							66.7%
10706	CIUSSS	Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance (Bi-annuel) (CIUSSS)	75%	13	66.7%	11.1%	88.9%	↔						66.7%							66.7%
SANTÉ MENTALE																					
Objectif: Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves																					

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
10813	2-CAV	Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère (Annuel) (Cavendish)		13	90																90
10813	3-DLM	Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère (Annuel) (de la Montagne)		13	198																198
10813	CIUSSS	Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère (Annuel) (CIUSSS)	250	13	288	15.2%	115.2%														288
10814	2-CAV	Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère (Annuel) (Cavendish)		13	0																0
10814	3-DLM	Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère (Annuel) (de la Montagne)		13	171																171
10814	CIUSSS	Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère (Annuel) (CIUSSS)	220	13	171	22.3%	77.7%														171
SANTÉ PHYSIQUE – Urgence																					
<i>Objectif: Réduire le temps d'attente à l'urgence</i>																					
10901	1-JGH	Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (Cumulée) (JGH)	11	13	11.748	6.8%	93.2%	↘	12.77	12.168	12.111	11.974	11.661	11.337	11.317	11.347	11.336	11.415	11.455	11.552	11.748
10901	CIUSSS	Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (Cumulée) (CIUSSS)	11	13	11.748	6.8%	93.2%	↘	12.77	12.168	12.111	11.974	11.661	11.337	11.317	11.347	11.336	11.415	11.455	11.552	11.748
10943	1-JGH	Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures (Cumulée) (JGH)	80%	13	71.7%	10.4%	89.6%	↘	68.9%	71%	71.9%	71.8%	72.6%	74%	73.4%	73.4%	73.5%	73.2%	72.9%	72.3%	71.7%
10943	CIUSSS	Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures (Cumulée) (CIUSSS)	80%	13	71.7%	10.4%	89.6%	↘	68.9%	71%	71.9%	71.8%	72.6%	74%	73.4%	73.4%	73.5%	73.2%	72.9%	72.3%	71.7%
10944	1-JGH	Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures (Cumulée) (JGH)	80%	13	67.9%	15.1%	84.9%	↘	68.5%	70.1%	70.2%	69.4%	70.2%	70.8%	69.9%	69.5%	69.5%	69.4%	68.9%	68.4%	67.9%
10944	CIUSSS	Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures (Cumulée) (CIUSSS)	80%	13	67.9%	15.1%	84.9%	↘	68.5%	70.1%	70.2%	69.4%	70.2%	70.8%	69.9%	69.5%	69.5%	69.4%	68.9%	68.4%	67.9%
SANTÉ PHYSIQUE - Soins palliatifs et de fin de vie																					

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
<i>Objectif: Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes</i>																					
10905	2-CAV	Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile (Cumulée) (Cavendish)		13	260				99	122	135	151	174	189	204	212	226	234	244	252	260
10905	3-DLM	Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile (Cumulée) (de la Montagne)		13	317				92	120	137	152	169	185	202	220	242	259	283	298	317
10905	CIUSSS	Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile (Cumulée) (CIUSSS)	725	13	577	20.4%	79.6%	↗	191	242	272	303	343	374	406	432	468	493	527	550	577
10945	1-JGH	Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie (Bi-Annuel) (JGH)		13	17									17							17
10945	8-HMS	Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie (Bi-Annuel) (Mont-Sinaï)		13	15									15							15
10945	CIUSSS	Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie (Bi-Annuel) (CIUSSS)	38	13	32	15.8%	84.2%	↔						32							32
10946	2-CAV	Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile (Cumulée) (Cavendish)	32%	13	30.1%	5.9%	94.1%	↘	27.5%	30.2%	30.4%	28%	28.1%	29.5%	32%	32.4%	32.2%	31.7%	32%	31.3%	30.1%
10946	3-DLM	Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile (Cumulée) (de la Montagne)	32%	13	46.8%	46.3%	146.3%	↙	47.9%	46%	47.2%	48.1%	46.6%	46.3%	48.1%	48.6%	49.6%	49.1%	46.7%	49.6%	46.8%
10946	CIUSSS	Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile (Cumulée) (CIUSSS)	32%	13	39.1%	22.2%	122.2%	↙	37.4%	38.1%	39%	38.3%	37.3%	37.9%	40.1%	40.6%	40.9%	40.3%	39.3%	40.7%	39.1%
SANTÉ PHYSIQUE - Cardiologie tertiaire																					
SANTÉ PHYSIQUE - Services de première ligne																					
<i>Objectif: Améliorer l'accès aux soins et services professionnels de première ligne</i>																					
10925	2-CAV	Nombre total de GMF accrédités (Cavendish)		13	5									5				5			5
10925	3-DLM	Nombre total de GMF accrédités (de la Montagne)		13	10									9				9			10
10925	CIUSSS	Nombre total de GMF accrédités (CIUSSS)	14	13	15	7.1%	107.1%	↗						14				14			15

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
10927	2-CAV	Poucentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (Cavendish)	85%	13	70%	17.6%	82.4%	↗						68.3%				69%			70%
10927	3-DLM	Poucentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (de la Montagne)	85%	13	61.2%	28.0%	72.0%	↗						59.5%				60.4%			61.2%
10927	CIUSSS	Poucentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (CIUSSS)	85%	13	64.4%	24.2%	75.8%	↗						62.7%				63.5%			64.4%
10948	2-CAV	Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique) (Périodique) (Cavendish)		13	1									1				1			1
10948	3-DLM	Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique) (Périodique) (de la Montagne)		13	4									1				2			4
10948	CIUSSS	Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique) (Périodique) (CIUSSS)	1	13	5	400.0%	500.0%	↗						2				3			5
SANTÉ PHYSIQUE – Chirurgie																					
Fiche indicateur																					
Objectif: Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables (chirurgie)																					
1093200	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies (Périodique) (JGH)	0	13	0	100.0%	100.0%	↔	11	6	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1093200	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies (Périodique) (SHRINERS)	0	13	18	100.0%	0.0%	↗	8	9	19	14	20	17	15	15	7	7	18	19	18
1093200	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies (Périodique) (CIUSSS)	0	13	18	100.0%	0.0%	↗	19	15	21	15	20	17	16	15	7	7	18	19	18
1093201	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale de la hanche (Périodique) (JGH)	0	13	0	100.0%	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093201	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale de la hanche (Périodique) (SHRINERS)	0	13	0	100.0%	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093201	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale de la hanche (Périodique)	0	13	0	100.0%	100.0%		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion

ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
		(CIUSSS)						↔													
1093202	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale du genou (Périodique) (JGH)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093202	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale du genou (Périodique) (SHRINERS)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093202	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale du genou (Périodique) (CIUSSS)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093203	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour cataracte (Périodique) (JGH)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1093203	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour cataracte (Périodique) (SHRINERS)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093203	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour cataracte (Périodique) (CIUSSS)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1093204	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie d'un jour (Périodique) (JGH)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093204	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie d'un jour (Périodique) (SHRINERS)	0	13	1	100.0 %	0.0%	↔	2	1	4	2	3	3	1	1	0	1	2	1	1
1093204	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie d'un jour (Périodique) (CIUSSS)	0	13	1	100.0 %	0.0%	↔	6	3	4	2	3	3	1	1	0	1	2	1	1
1093205	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie avec hospitalisation (Périodique) (JGH)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	6	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093205	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie avec hospitalisation (Périodique) (SHRINERS)	0	13	17	100.0 %	0.0%	↗	6	8	15	12	17	14	14	14	7	6	16	18	17
1093205	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie avec hospitalisation (Périodique) (CIUSSS)	0	13	17	100.0 %	0.0%		12	12	17	13	17	14	14	14	7	6	16	18	17

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
								↑													
Objectif: Améliorer la survie des patients atteints de cancer																					
1093301	1-JGH	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) (Cumulée) (JGH)	90%	13	50.3%	44.1%	55.9%	↑	52.5%	53.3%	55%	53.2%	51.8%	50.3%	50.5%	50.4%	50%	51.2%	49.8%	50.1%	50.3%
1093301	CIUSSS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) (Cumulée) (CIUSSS)	90%	13	50.3%	44.1%	55.9%	↑	52.5%	53.3%	55%	53.2%	51.8%	50.3%	50.5%	50.4%	50%	51.2%	49.8%	50.1%	50.3%
1093302	1-JGH	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) (Cumulée) (JGH)	100%	13	81.6%	18.4%	81.6%	↑	81.6%	83.4%	83.2%	83.5%	82.9%	81.5%	81.1%	81.5%	81%	81.5%	81.4%	81.2%	81.6%
1093302	CIUSSS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) (Cumulée) (CIUSSS)	100%	13	81.6%	18.4%	81.6%	↑	81.6%	83.4%	83.2%	83.5%	82.9%	81.5%	81.1%	81.5%	81%	81.5%	81.4%	81.2%	81.6%
SANTÉ PHYSIQUE - Imagerie médicale																					
Objectif: Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables (Imagerie médicale)																					
1093400	1-JGH	Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des neuf types d'exams diagnostiques (Périodique) (JGH)	80%	13	91%	13.8%	113.8%	↑	69.8%	77.5%	82.7%	79.6%	79.7%	82.1%	82%	83.8%	85.6%	86.1%	85.6%	88.4%	91%
1093400	CIUSSS	Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des neuf types d'exams diagnostiques (Périodique) (CIUSSS)	80%	13	91%	13.8%	113.8%	↑	69.8%	77.5%	82.7%	79.6%	79.7%	82.1%	82%	83.8%	85.6%	86.1%	85.6%	88.4%	91%
1093402	1-JGH	Imagerie médicale pour les scopies (Périodique)	100%	13	100%	0.0%	100.0%	↑	80%	83.3%	81.8%	75%	50%	50%	66.7%	85.7%	77.8%	83.3%	87.5%	93.9%	100%
1093402	CIUSSS	Imagerie médicale pour les scopies (Périodique)	100%	13	100%	0.0%	100.0%	↑	80%	83.3%	81.8%	75%	50%	50%	66.7%	85.7%	77.8%	83.3%	87.5%	93.9%	100%
1093403	1-JGH	Imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques (Périodique)		13																	
1093403	CIUSSS	Imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques (Périodique)		13																	

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
1093404	1-JGH	Imagerie médicale pour les échographies obstétricales (Périodique)	100%	13	98.6%	1.4%	98.6%	↗	98.4%	96.9%	97.4%	96.6%	97.7%	98.1%	98.5%	98.9%	98.9%	97.5%	98.1%	98.3%	98.6%
1093404	CIUSSS	Imagerie médicale pour les échographies obstétricales (Périodique)	100%	13	98.6%	1.4%	98.6%	↗	98.4%	96.9%	97.4%	96.6%	97.7%	98.1%	98.5%	98.9%	98.9%	97.5%	98.1%	98.3%	98.6%
1093405	1-JGH	Imagerie médicale pour les échographies cardiaques (Périodique)	85%	13	74.6%	12.2%	87.8%	↗	75.9%	76.4%	71.6%	71.3%	70.9%	69.9%	74.2%	77.8%	74.1%	74.4%	72.5%	73.9%	74.6%
1093405	CIUSSS	Imagerie médicale pour les échographies cardiaques (Périodique)	85%	13	74.6%	12.2%	87.8%	↗	75.9%	76.4%	71.6%	71.3%	70.9%	69.9%	74.2%	77.8%	74.1%	74.4%	72.5%	73.9%	74.6%
1093406	1-JGH	Imagerie médicale pour les échographies mammaires (Périodique)		13																	
1093406	CIUSSS	Imagerie médicale pour les échographies mammaires (Périodique)		13																	
1093407	1-JGH	Imagerie médicale pour les autres échographies (Périodique)	85%	13	86.6%	1.9%	101.9%	↗	35.6%	57.7%	73.2%	69.3%	74.2%	72.4%	72.6%	72.6%	75.4%	75.9%	76.8%	85.3%	86.6%
1093407	CIUSSS	Imagerie médicale pour les autres échographies (Périodique)	85%	13	86.6%	1.9%	101.9%	↗	35.6%	57.7%	73.2%	69.3%	74.2%	72.4%	72.6%	72.6%	75.4%	75.9%	76.8%	85.3%	86.6%
1093408	1-JGH	Imagerie médicale pour les tomodensitométries (Périodique)	90%	13	96%	6.7%	106.7%	↗	87%	86%	85.1%	80.2%	79.3%	87.2%	85.4%	90%	88.9%	90.4%	88.1%	90.2%	96%
1093408	CIUSSS	Imagerie médicale pour les tomodensitométries (Périodique)	90%	13	96%	6.7%	106.7%	↗	87%	86%	85.1%	80.2%	79.3%	87.2%	85.4%	90%	88.9%	90.4%	88.1%	90.2%	96%
1093409	1-JGH	Imagerie médicale pour les résonances magnétiques (Périodique)	90%	13	93.6%	4.0%	104.0%	↗	97.2%	97%	95.1%	91.6%	88.4%	90.4%	90.3%	88.6%	94.3%	95.5%	95.3%	93.3%	93.6%
1093409	CIUSSS	Imagerie médicale pour les résonances magnétiques (Périodique)	90%	13	93.6%	4.0%	104.0%	↗	97.2%	97%	95.1%	91.6%	88.4%	90.4%	90.3%	88.6%	94.3%	95.5%	95.3%	93.3%	93.6%
1093410	1-JGH	Imagerie médicale pour les TEP (Périodique)	85%	13	84.7%	0.4%	99.6%	↗	95.3%	76.2%	78.5%	80.7%	73.8%	73.7%	71.7%	67.9%	74.1%	82.2%	86%	83.2%	84.7%

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																						
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	
1093410	CIUSSS	Imagerie médicale pour les TEP (Périodique)	85%	13	84.7%	0.4%	99.6%	↗	95.3%	76.2%	78.5%	80.7%	73.8%	73.7%	71.7%	67.9%	74.1%	82.2%	86%	83.2%	84.7%	
HYGIÈNE ET SALUBRITÉ																						
20202	1-JGH	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité (Annuel) (JGH)	100%	13	80%	20.0%	80.0%														80%	
20202	8-HMS	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité (Annuel) (Hopital Mont-Sinai)	100%	13	100%	0.0%	100.0%															100%
20202	CIUSSS	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité (Annuel) (CIUSSS)	100%	13	82.6%	17.4%	82.6%															82.6%
RESSOURCES HUMAINES																						
<i>Objectif: Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau</i>																						
301	1-JGH	Ratio d'heures d'assurance salaire(Cumulée) (JGH)	4.3	8	3.819	11.2%	111.2%	↘	3.368	3.495	3.404	3.483	3.589	3.709	3.792	3.819						
301	2-CAV	Ratio d'heures d'assurance salaire (Cumulée) (Cavendish)	4.3	13	5.968	38.8%	61.2%	↗	7.717	7.469	7.346	7.413	7.423	7.434	7.456	7.231	6.335	6.346	6.132	6.024	5.968	
301	3-DLM	Ratio d'heures d'assurance salaire (Cumulée) (de la Montagne)	4.3	8	8.344	94.0%	6.0%	↗	8.192	8.015	7.547	7.407	7.929	8.232	8.414	8.344						
301	4-MCK	Ratio d'heures d'assurance salaire (Cumulée) (Mackay)	4.3	8	5.73	33.3%	66.7%	↘	5.271	5.822	5.945	6.096	6.062	5.777	5.656	5.73						
301	5-CLB	Ratio d'heures d'assurance salaire (Cumulée) (Constance-Lethbridge)	4.3	8	5.876	36.7%	63.3%	↗	7.565	6.705	6.438	6.436	6.634	6.768	6.213	5.876						
301	6-CHGM	Ratio d'heures d'assurance salaire (Cumulée) (CENTRE HOSP. GERIATRIQUE MAIMONIDES)	4.3	8	7.178	66.9%	33.1%	↘	6.472	6.514	6.401	6.394	6.527	6.756	6.99	7.178						
301	7-CM	Ratio d'heures d'assurance salaire (Cumulée) (Centre	4.3	8	7.419	72.5%	27.5%		7.892	8.251	8.118	8.404	8.454	7.946	7.678	7.419						

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
		Miriam)						↗													
301	8-HMS	Ratio d'heures d'assurance salaire (Cumulée) (Hopital Mont-Sinai)	4.3	8	6.158	43.2%	56.8%	↗	9.327	8.225	7.384	6.891	6.726	6.537	6.311	6.158					
301	9.0-CJM	Ratio d'heures d'assurance salaire (Cumulée) (CHSLD JUIF DE MONTREAL)	4.3	8	5.036	17.1%	82.9%	↘	3.842	3.526	3.82	4.038	4.413	4.909	5.077	5.036					
301	CIUSSS	Ratio d'heures d'assurance salaire (Cumulée) (CIUSSS)	4.3	13	5.536	28.7%	71.3%	↘	5.289	5.271	5.131	5.17	5.311	5.426	5.494	5.459	5.437	5.523	5.518	5.524	5.536
30502	1-JGH	Taux d'heures supplémentaires (Cumulée) (JGH)	2.18	8	3.928	80.2%	19.8%	↗	4.595	4.179	3.976	3.963	4.012	4.037	3.997	3.928					
30502	2-CAV	Taux d'heures supplémentaires (Cumulée) (Cavendish)	2.18	13	3.193	46.5%	53.5%	↘	3.172	2.534	2.631	2.772	2.774	2.726	2.65	2.666	2.654	2.903	2.964	3.102	3.193
30502	3-DLM	Taux d'heures supplémentaires (Cumulée) (de la Montagne)	2.18	8	2.049	6.0%	106.0%	↗	2.079	1.859	1.772	1.717	1.921	2.089	2.076	2.049					
30502	4-MCK	Taux d'heures supplémentaires (Cumulée) (Mackay)	2.18	8	1.615	25.9%	125.9%	↘	1.184	1.267	1.64	1.488	1.417	1.41	1.519	1.615					
30502	5-CLB	Taux d'heures supplémentaires (Cumulée) (Constance-Lethbridge)	2.18	8	2.511	15.2%	84.8%	↘	2.137	2.501	2.458	2.523	2.591	2.519	2.519	2.511					
30502	6-CHGM	Taux d'heures supplémentaires (Cumulée) (CENTRE HOSP. GERIATRIQUE MAIMONIDES)	2.18	8	1.652	24.2%	124.2%	↗	2.942	2.371	1.991	1.931	1.922	1.808	1.742	1.652					
30502	7-CM	Taux d'heures supplémentaires (Cumulée) (Centre Miriam)	2.18	8	2.698	23.8%	76.2%	↗	3.276	2.464	2.272	2.28	2.558	2.587	2.733	2.698					
30502	8-HMS	Taux d'heures supplémentaires (Cumulée) (Hopital Mont-Sinai)	2.18	8	2.033	6.7%	106.7%	↔	2.023	1.869	1.885	2.121	2.174	2.139	2.033	2.033					
30502	9.0-CJM	Taux d'heures supplémentaires (Cumulée) (CHSLD JUIF DE MONTREAL)	2.18	8	1.582	27.4%	127.4%		1.685	1.31	1.231	1.509	1.58	1.645	1.622	1.582					

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
								↗													
30502	CIUSSS	Taux d'heures supplémentaires (Cumulée) (CIUSSS)	2.18	13	3.161	45.0%	55.0%	↘	3.554	3.145	3.024	3.051	3.116	3.134	3.097	3.055	3.006	3.056	3.065	3.118	3.161
30600	1-JGH	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cumulée) (JGH)	4.6	8	1.568	65.9%	165.9%	↘	1.242	1.197	1.154	1.209	1.467	1.473	1.418	1.568					
30600	2-CAV	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cumulée) (Cavendish)	4.6	13	8.745	90.1%	9.9%	↘	15.208	16.974	17.057	17.572	17.475	17.422	17.102	16.913	12.426	10.605	9.575	8.72	8.745
30600	3-DLM	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cumulée) (de la Montagne)	4.6	8	17.793	286.8%	-186.8%	↗	16.233	17.295	12.763	13.449	14.264	18.538	19.005	17.793					
30600	4-MCK	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cumulée) (Mackay)	4.6	8	.914	80.1%	180.1%	↗	1.431	.885	.696	.564	.552	.722	.958	.914					
30600	5-CLB	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cumulée) (Constance-Lethbridge)	4.6	8	1.1	76.1%	176.1%	↗	.776	.709	.76	.726	.682	.916	1.127	1.1					
30600	6-CHGM	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cumulée) (CENTRE HOSP. GERIATRIQUE MAIMONIDES)	4.6	8	.211	95.4%	195.4%	↘	.217	.162	.173	.174	.194	.2	.201	.211					
30600	7-CM	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cumulée) (Centre Miriam)	4.6	8	1.249	72.8%	172.8%	↔	1.571	1.335	1.411	1.313	1.28	1.268	1.252	1.249					
30600	8-HMS	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cumulée) (Hopital Mont-Sinai)	4.6	8	4.552	1.0%	101.0%	↘	3.877	4.732	4.212	4.33	4.048	4.041	4.075	4.552					
30600	9.0-CJM	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cumulée) (CHSLD JUIF DE MONTREAL)	4.6	8	2.693	41.5%	141.5%	↗	2.842	2.793	2.768	3.051	2.814	2.777	2.725	2.693					
30600	CIUSSS	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cumulée) (CIUSSS)	4.6	13	6.484	41.0%	59.0%	↘	5.715	6.23	5.566	5.79	5.986	6.62	6.638	6.498	6.491	6.404	6.39	6.276	6.484

MULTIPROGRAMMES

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Ententes de gestion ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2017-2018																					
CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIERE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
Objectif: Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne																					
70100	2-CAV	Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC) (Cumulée) (Cavendish)	77.9%	13	61.3%	21.3%	78.7%	↓						68.3%							61.3%
70100	3-DLM	Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC) (Cumulée) (de la Montagne)	77.9%	13	73.4%	5.8%	94.2%	↓						80.7%							73.4%
70100	CIUSSS	Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC) (Cumulée) (CIUSSS)	77.9%	13	69.3%	11.0%	89.0%	↓						76.6%							69.3%
<p>Note :</p> <p>*Sens de la flèche : Monter = la situation s'améliore par rapport à celle de la période disponible précédente Descendre = la situation s'aggrave par rapport à celle de la période disponible précédente Horizontal = la situation est stable par rapport à celle de la période disponible précédente</p> <p>* Couleur : Vert = Atteint cible (plus de 100% de réalisation) Orange = Non Atteint cible (de 80 à 99% de réalisation) Rouge = Non Atteint cible (moins 80% de réalisation)</p> <p>Source : GESTRED</p>																					

ANNEXE 3 : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2017-2018

**FICHES DE REDDITION DE COMPTES
DES ATTENTES SPÉCIFIQUES DU CHAPITRE III
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ**

2017-2018

**DIRECTION DE LA GESTION INTÉGRÉE DE L'INFORMATION
ET DE LA PERFORMANCE**

12 AVRIL 2018

CONSIGNES

La signature de la ou du PDG sur la feuille de déclaration de fiabilité est obligatoire.

La résolution du conseil d'administration de l'établissement n'est pas requise.

L'information qui se trouve dans les fiches pour les chapitres III et IV doit être intégrée au rapport annuel de l'établissement.

Les fiches doivent être retournées dans un seul fichier Excel (PDF en ajout), à l'adresse de courriel suivante :
« ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » au plus tard le vendredi 15 juin 2017.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous à l'adresse mentionnée ci-dessus.

**DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES INFORMATIONS
CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ
ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS**

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents :

- les engagements et les résultats obtenus;
- des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2015-2016.

Signé à Montréal le 6 juin 2018

Nom : 

Titre : Présidente-directrice générale ou président-directeur général

CHAPITRE III : LES ATTENTES SPÉCIFIQUES 2017-2018

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	COMMENTAIRES
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)				
Répondants : Thaddeus Rezanowicz, Félicia Guarna, Valerie Pelletier, Barbra Gold				
3.1	Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	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. (Considérant que le plan de travail est demandé pour le 30 juin 2018, veuillez compléter la fiche en fonction de la liste qui était demandée au 30 septembre 2017)	R	APPR gabarit reçu par SM et a été envoyé le 30 juin. GESTRED P6 et P13 est annulé. --Bulletin vol 14 no 1 page 2
3.2	Poursuivre la mise en oeuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	R	GESTRED formulaire 805 envoyé le 26 avril 2018 Lyne Ouellette / Valerie Pelletier

3.3	Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	<p>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.</p> <p>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.</p>	R	<p>État de situation (gabarit MSSS envoyé à Rosalie Dion le 27 mars) envoyé au MSSS par Linda August</p> <p>GESTRED formulaire 584 envoyé le 30 avril 2018 Linda August, Dindo Miras et Laurent Cohen</p>
3.4	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R	Plan d'accès (gabarit MSSS - envoyé à Félicia Guarna le 12 fév, complété par Daniel Amar et Suzanne Cloutier) à envoyer au MSSS le 31 mai 2018 par Félicia Guarna.
3.5	Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	R	Plan d'action TSA (gabarit MSSS - annulé mais remplacé par GESTRED 31600) envoyé au entente de gestion MSSS le 5avril 2018
3.6	ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	<p>Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements 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 à madame Améline Bourque à l'adresse de courriel suivante :</p> <p>« ameline.bourque@msss.gouv.qc.ca » en ajoutant l'adresse : « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » en copie conforme.</p>	R	<p>Fichier excel préparé par Coralie L. et envoyé par Isabelle Aumont périodiquement au MSSS.</p> <p>État de mise en œuvre NSA des pratiques en amont, intra et en aval. (2x par année, gabarit MSSS) 1^{er} envoie le 23 janvier 2018. 2^{ième} envoie - 15 mai 2018</p>

3.7	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 de 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.	NA	Pour les établissements non fusionnés seulement.
3.8	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.	R	État de situation complété par Rosalie Dion et envoyé par Isabelle Aumont au MSSS le 9 avril.

SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)

Répondants : Thaddeus Rezanowicz, Félicia Guarna, Barbra Gold, Joanne Boileau

4.1	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.	R	État de situation Psy Légale et Santé Mentale (2 gabarit MSSS envoyé à Tung Tran le 27 mars) envoyé par Sonia Tessier le 1 mai 2018
-----	-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2	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.	R	État de situation Santé Mentale dans le RTS (gabarit MSSS envoyé à Tung Tran le 27 mars) envoyé par Sonia Tessier le 30 avril 2018
4.3	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.	R	Gestion de la douleur chronique Félicia Guarna, Nancy Cox et Sebastien Blin pour le 31 mars 2018 mais envoyé le 11 mai 2018.
4.4	État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	R	Maladie d'Alzheimer et autres Plan d'action (gabarit MSSS envoyé à Christine Touchette le 13 fév, complété par Eric Maubert et Rita Censi) à envoyer au MSSS le 31 mai 2018
4.5	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.	R	Autoéval AVC Félicia Guarna envoyé le 8 nov 2017

4.6	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.	R	Confirmé par Johanne Boileau que le document a été envoyé au MSSS par Marie-Helene Carbonneau la 1ère semaine d'avril.
4.7	Investissements en santé mentale dans l'établissement – Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique (PEP)	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.	NA	Ne s'applique pas au CCOMTL
4.8	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.	R	GESTRED formulaire 31500 pour le 6 avril ne s'applique pas au CCOMTL. Gabarit SM_attente_spéc pour P13 - complété et envoyé par Sonia Tessier.

SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)

Répondant : Georges Bendavid

6.1	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.	R	Faite
6.2	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.	R	GESTRED formulaire 630 complété par James Shapiro transmis et transmis par Angel le 5 fév 2018

SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)

Répondante : Anne Lemay

7.1	Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	R	GESTRED formulaire 9081 envoyé par Neil Michaels le 30 avril 2018
7.2	Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile	Exercer le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement maintienne une instance de concertation régionale en sécurité civile avec des mécanismes de coordination efficaces permettant un déploiement concerté des ressources du RSSS advenant un sinistre.	NA	GESTRED formulaire 9082 ne s'applique pas au CCOMTL

7.3	Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	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 complété le programme de formation; compléter la phase d'établissement du contexte du processus; compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	R	GESTRED formulaire 9083 envoyé par Neil Michaels le 30 avril 2018
7.4	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le C. A. de l'établissement. Exceptionnellement, une résolution du C. A. de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel à monsieur Iannick Martin, coordonnateur à l'accès aux services en langue anglaise à l'adresse de courriel suivante : « iannick.martin@msss.gouv.qc.ca » en ajoutant l'adresse : « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » en copie conforme.	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique	
7.5	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 exceptionnellement par courriel à monsieur Iannick Martin, coordonnateur à l'accès aux services en langue anglaise à l'adresse de courriel suivante : « iannick.martin@msss.gouv.qc.ca » en ajoutant l'adresse : « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » en copie conforme.	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique	

7.6	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.	R	Tableau Excel (gabarit MSSS) complété par Joanne Côté et envoyé par Isabelle Aumont le 25 septembre 2017
-----	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Consignes générales

La signature de la ou du PDG sur la feuille de déclaration de fiabilité est obligatoire. Cette déclaration est incluse dans le fichier Excel transmis par le ministère de la Santé et des Services sociaux avec les fiches du chapitre III et couvre aussi les informations du chapitre IV.

La résolution du conseil d'administration de l'établissement n'est pas requise.

L'information qui se trouve dans les fiches pour les chapitres III et IV doit être intégrée au rapport annuel de l'établissement.

Les fiches doivent être retournées dans un seul fichier Word (PDF en ajout), à l'adresse de courriel suivante : « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » au plus tard le vendredi 15 juin 2018.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Consignes spécifiques

CHAPITRE IV : LES ENGAGEMENTS DU CIUSSS EN FONCTION, NOTAMMENT, DU PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020 DU MSSS

Les fiches de reddition de comptes de cette section concernent les indicateurs inscrits dans l'EGI 2017-2018, soit ceux de la planification stratégique du MSSS 2015-2020 (PS du MSSS 2015-2020), ainsi que les indicateurs des EGI (EG2) qui mesurent d'autres activités signifiantes du réseau.

Voici des consignes pour chacune des rubriques des fiches :

- « **Résultat 2016-2017** » : le résultat à inscrire est la valeur disponible à la date du gel du portail de TBIG concernant le suivi des indicateurs des EGI. Les informations concernant le gel de TBIG vous seront fournies dans un bulletin;
- « **Engagement 2017-2018** » : cet engagement est celui inscrit dans l'EGI 2017-2018 signée avec le MSSS. Si l'établissement n'avait pas d'engagement pour un indicateur en 2017-2018, nous demandons :
 1. de ne pas supprimer la fiche de cet indicateur ;
 2. d'inscrire N/A.

! Pour les indicateurs ayant fait l'objet d'un addenda, la valeur à inscrire est celle de l'addenda.

- « **Résultat 2017-2018** » : il s'agit du résultat correspondant aux données inscrites et validées par l'établissement dans GESTRED pour la période 13 (P13) disponible à partir de la date du gel de T-BIG;
- « **Engagement 2018-2019** » : cet engagement est celui inscrit dans l'EGI 2018-2019 signée avec le MSSS. Si l'établissement n'a pas d'engagement pour un indicateur donné en 2018-2019, nous demandons :
 1. de ne pas supprimer la fiche de cet indicateur ;
 2. d'inscrire N/A.
- « **Reddition de comptes** » : pour chacun des indicateurs inscrits sur la fiche, tous les éléments suivants doivent être décrits :
 1. spécifier si l'engagement convenu dans l'EGI 2017-2018 est atteint ou non. Dans le cas où l'engagement n'est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation;
 2. identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;
 3. apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;
 4. identifier s'il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l'établissement pour corriger la situation.
- « **Nom de l'établissement** » : inscrire le nom de votre établissement;
- « **Prénom et nom du répondant** » : inscrire le nom de la personne ayant complété la fiche;
- « **Date** » : inscrire la date à laquelle la fiche a été complétée;
- « *** Résultats en date du :** » et « **** Résultats en date du :** » : inscrire la date à laquelle la valeur a été générée dans TBIG. Celle-ci doit correspondre à partir de la date de gel.

Résultats au regard des engagements «2017-2018 »

Nom de l'indicateur	Engagements 2017-2018	Résultat au 31 mars de l'année	Engagements 2018-2019	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
SANTÉ PUBLIQUE				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	n/a	55.56	n/a	Cette année, les écoles privées ont été incluses dans le dénominateur des écoles qui doivent collaborer à des actions en promotion et prévention de la santé en contexte scolaire.. Dans le passé, seuls les bâtiments-écoles publiques étaient comptabilisés. Sur le territoire de DLM, 94,87% des écoles publiques ont des actions en promotion et prévention de la santé en contexte scolaire. Sur le territoire de CVD, c'est 100% des écoles publiques qui en bénéficient.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14)	n/a	89.99	n/a	Nos résultats sont légèrement en baisse cette année. Nous prévoyons revoir notre processus de prise de rendez-vous et de rappel afin de maximiser le nombre d'utilisateurs vu dans les délais.
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (anciennement 1.01.15)	n/a	72.72	n/a	L'abolition des frais accessoires et du contrôle de la qualité des frigos (GPI), a augmenté de 10 % la demande de vaccins en CLSC. Nous avons ouvert plus de cliniques, mais cela a seulement permis d'absorber l'augmentation. Nous prévoyons revoir notre processus de prise de rendez-vous et de rappel afin de maximiser le nombre d'utilisateurs vu dans les délais.

1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	n/a	1215	n/a	<p>Il n'y avait pas d'engagement dans l'EGI 2017-2018. Le résultat demeure excellent (notre souhait était d'atteindre 1100 pour l'année 2018-2019, ce qui est déjà fait). Dans le cadre du PARI, nous participons à une cible régionale (aucune cible pour chaque CIUSSS en particulier n'y est identifiée).</p> <p>Une meilleure publicité de ce service spécifiquement adressée aux milieux des minorités sexuelles, comme cela sera faite, sera susceptible d'augmenter le nombre de dépistages réalisés.</p>
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1ère dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	n/a	63.71	n/a	<p>Nous prévoyons revoir notre processus de prise de rendez-vous et de rappel afin de maximiser le nombre d'utilisateurs vu dans les délais.</p>
SANTÉ PUBLIQUE - Infections Nosocomiales				
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	80.0	77.7	80.0	<p>Ensemble des engagements atteints.</p>

<p>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 (DACD)</p>	<p>100.0</p>	<p>100.0</p>	<p>100.0</p>	
<p>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</p>	<p>100.0</p>	<p>100.0</p>	<p>100.0</p>	
<p>1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs</p>	<p>100.0</p>	<p>100.0</p>	<p>100.0</p>	

1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	100.0	100.0	100.0	
SERVICES GÉNÉRAUX				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	90.0	88.2	90.0	Dans le cadre d'Info-social on remarque une hausse de 4.1% des appels répondu dans le délai prescrit en 2017-2018 en comparaison avec l'année précédente. De plus, nous avons eu une augmentation de 24% du volume d'appels répondus cette année. En plus la centrale de Montréal a couvert plusieurs régions (Gaspésie, Outaouais et Montérégie) durant les quarts de travail défavorables (soir/nuit). Le volume d'appel a passé ainsi de 26 383 (2016-2017) à 34 702 (2017-2018).
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)				
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100.0	100.0	100.0	Engagement atteint

1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100.0	100.00	100.00	Engagement atteint
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100.0	100.00	100.00	Conforme
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	80.0	70.9	80.0	<p>1. Les résultats de 2017-18 n'ont pas rencontré la cible pré-établie dans l'entente de gestion. Plusieurs raisons expliquent cette non-atteinte (voir #2). Les mesures qui seront mises en place pour corriger la situation sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ouverture de 96 places en RI à l'hiver 2019. Cela aidera à rediriger certains clients de profil 9 et moins vers cette nouvelle ressource. b. Obtention récente du MSSS d'exempter le centre d'hébergement Henri Bradet du décompte des CHSLD avec profils 10 et plus et de le considérer comme un CHSLD dit « modéré ». c. Continuer de bonifier l'offre de service à domicile. <p>2. Plusieurs raisons expliquent la non-atteinte de la cible. D'abord, le territoire compte peu de ressources intermédiaires (RI). Les clients avec des profils 9 et moins sont donc souvent détournés vers les CHSLD faute d'avoir une place en RI. Ensuite, les résidences privées pour aînés (RPA) du territoire offrent des soins et services à coût très élevé. Les résidents du territoire ont donc tendance à se diriger vers les CHSLD publics. Finalement, le centre d'hébergement Henri Bradet peut difficilement accueillir une clientèle de profil 10 et plus étant donné ses limites architecturales. Nous avons récemment eu</p>

				l'autorisation du MSSS pour le considérer comme CHSLD modéré. Ceci fera une grande différence sur les résultats de l'année 2018-19. 3. Malgré les différentes contraintes qui nuisent à l'atteinte de la cible, nous remarquons une amélioration de 6% pour les résultats du CIUSSS et de 3% lorsque nous considérons les résultats des CHSLD privés conventionnés du territoire. 4. Aucun problème connu lié à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur n'a été identifié.
SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	808580	972465	950000	Engagement atteint
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	6272	6348	6394	Atteint
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90.0	86.2	90.0	En voie d'atteinte. Nous devons revoir notre stratégie pour inclure les données à jour des RI. Plusieurs postes de professionnels à découvert au cours de l'année. Difficulté et délais de recrutement importants.

1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	757265	911287	900000	Engagement atteint
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	4278.0	4176.0	4278.0	En voie d'atteinte. 1. Intensification des soins et aide à domicile. 2. Difficulté de recrutement de professionnels pouvant voir et évaluer les usagers avec une perte d'autonomie de modérée à sévère.
DÉFICIENCES				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90.0	88.4	95.0	Cet engagement non atteint1. Les enfants avec déficience langagière sont maintenant dirigés seulement en CR, car leur nombre est très volumineux et il est impossible avec les ressources présentes en CLSC de réaliser une prise en charge de toute la clientèle langage.2. Le non-respect de l'engagement est affecté par une difficulté à accueillir l'ensemble de la clientèle déficience physique dans les CSSS, avec l'organisation des ressources humaines historiques dans chacun des CSSS. Il est à noter que le guichet centralisé en réadaptation a un impact sur le nombre de demandes de service orienté vers les services spécifiques, spécialement en déficience physique pédiatrique.3. Malgré cette augmentation de référence, nous pouvons noter que le niveau de prise en charge est maintenu en comparaison avec l'année précédente.

<p>1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS</p>	<p>97.3</p>	<p>95.3</p>	<p>97.3</p>	<p>Engagement très prêt de la cible</p>
<p>1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS</p>	<p>95.4</p>	<p>83.1</p>	<p>95.4</p>	<p>Engagements non atteints</p> <p>1. Suite à une concertation de l'équipe des directeurs DI-TSA de l'Île de Mtl, les usagers de moins de 6 ans sont maintenant mis majoritairement en attente avec une priorité modérée, seulement les usagers avec des situations psychosociales complexes, seront mis en priorité élevée. Cette nouvelle orientation aura comme effet d'améliorer l'atteinte des exigences du plan d'accès. De plus, une réorganisation de l'offre de service en enfance et en adulte et une meilleure optimisation des ressources cliniques et des espaces amélioreront le nombre de prises en charge par chacun des</p>

<p>1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS</p>	<p>90.0</p>	<p>25.9</p>	<p>90.0</p>	<p>intervenants en CRDI. Les décisions prises en CRDI ont affecté la prise en charge en CLSC puisque nous avons déterminé au guichet réadaptation que la date et le niveau de priorité étaient le même en CLSC et en CR, et ce, pour toute demande de services.</p> <p>2. Cette donnée est affectée par une orientation qui a été modifiée pour l'année 2017-18; la direction avait donné l'orientation d'inscrire tous les enfants de moins de 6 ans en priorité élevée, et ceci a eu un effet de diminuer l'atteinte des cibles du plan d'accès.</p> <p>3. L'orientation de mettre la majorité des enfants de moins de 6 ans en priorité élevée a eu un effet négatif sur les cibles en comparaison avec les années antérieures.</p>
<p>1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail</p>	<p>70.0</p>	<p>66.7</p>	<p>70.0</p>	<p>1. La cible n'étant pas atteinte, un plan d'action d'optimisation de l'organisation des ressources cliniques, des espaces et utilisation des plateaux techniques est partie prenante du plan d'action (voir document plan d'action).2. Malgré que la cible n'ait pas été atteinte en 2017-2018, voire même les résultats ayant empiré, nous avons commencé de façon rigoureuse à mettre en place des actions du plan que nous avons soumis. Conséquemment, nous voyons déjà une diminution de notre délai moyen d'attente de 20 % à la période 2 (2018-2019). Le délai en 2017-2018 était de 323 jours, nous avons maintenant un délai moyen d'accès pour enfants TSA de 0 à 5 ans de 261 jours.3. Les facteurs contraignants sont l'augmentation exponentielle de la prévalence du TSA, la difficulté à actualiser le recrutement de ressources cliniques, et le haut taux de jeunes femmes cliniciennes qui doivent être retirées de leur fonction dès qu'une grossesse est annoncée, haut taux de roulement de thérapeutes.4. Il est à noter qu'une amélioration du délai moyen de prise en charge pour les TSA est significative en 2017-18. De plus, pour le EGI 1.46-ps, une réorganisation du programme d'intégration au travail et d'activités de jour est amorcée et dès P4 nous devrions</p>
<p>1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA</p>	<p>140.0</p>	<p>323.5</p>	<p>130.0</p>	

				observer des améliorations.5. Une révision de la validité des données et de la tenue de la liste d'attente pour tout le centre Miriam. Annulation d'une liste parallèle pour les jeunes enfants qui était réalisée suite à un projet pilote entre certains établissements de Mtl dans les dernières années; ce projet pilote n'est plus en vigueur spécialement suite à l'implantation de la trajectoire 0-7 ans dans notre CIUSSS et aux nouvelles directives du MCH.
JEUNES EN DIFFICULTÉ				
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	n/a	n/a	n/a	Ne s'applique pas au CCOMTL.
DÉPENDANCE				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	n/a	n/a	n/a	Ne s'applique pas au CCOMTL.

<p>1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance</p>	<p>75.0</p>	<p>66.7</p>	<p>75.0</p>	<p>ENGAGEMENT NON ATTEINT</p> <p>Nous ne sommes pas en mesure de répondre aux attentes de la P13 2018-2019. En effet, nous ne disposons que de 1,6 ETC pour l'ensemble du territoire. Nous n'avons pas d'entente formelle avec les deux centre de réadaptation en dépendance présent sur notre territoire, soit les centres Dollard-Cormier et Foster. En 2017-2018, nous avons mis en place un programme PRISM (Projet de réaffiliation en itinérance et santé mentale), en collaboration avec la Mission Bon Accueil (MBA). Il est à noter que ce programme n'est pas financé et que nous fonctionnons actuellement en prêt de services. Ce nouveau programme nous permettra ainsi de faire de la détection en dépendance et de l'intervention précoce auprès de la clientèle itinérante via cet organisme communautaire.</p> <p>Un groupe de travail local a été formé (7 rencontres ont eu lieu en 2017) et une rencontre a eu lieu avec tous les postes de quartier (SPVM) du territoire afin de discuter des enjeux locaux liés à l'itinérance. Le plan d'action pour l'implantation de la Stratégie pour assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir est élaboré (en attente de la version finale). Le processus allégé d'accessibilité à la carte d'assurance maladie pour les personnes en situation d'itinérance est implanté au CLSC de Côte-des-Neiges et au CLSC Métro, en collaboration avec nos partenaires communautaires. Des rencontres ont également eu lieu avec les organismes concernés afin de discuter des besoins d'accompagnement des clients résidant sur le territoire du Centre-Ouest à la fin du programme Stabilité résidentielle avec accompagnement (SRA). Les clients concernés seront suivis par les intervenants des services concernés (SIV, SIM, etc.)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SANTÉ MENTALE				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	250	288	324	<p>ENGAGEMENTS ATTEINTS</p> <p>SIV : Pour l'année 2017-2018; nous sommes passé de 9 ETC à 16 ETC, soit de 162 places à 288 places.</p> <p>SIM : Notre CIUSSS a déployé 19 ETC, soit les 170 places projetés en P13. Une troisième équipe est en cours de déploiement, en collaboration et sous la responsabilité du CUSM (6 ETC), sur le territoire géographique du CIUSSS CO en 2017-2018. Nos deux établissements ont débuté leur collaboration pour harmoniser les services des 3 équipes SIM (SIM-Métro (10 ETC = 90 places), SIM-JGH (9 ETC = 81 places) et SIM-CUSM (6 ETC = 54 places) ce qui conjointement, nous permet d'atteindre (même de dépasser) l'engagement de 220 places. Toutefois, comme nous ne disposons d'aucune donnée formelle en provenance du CUSM, nous avons préféré revoir la cible projetée à la baisse.</p>
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	220	171	220	
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	n/a	n/a	n/a	Cette attente a été retirée par le MSSS pour l'année fiscale 2017-2018.

SANTÉ PHYSIQUE - Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11.00	11.75	10.50	Augmentation de volume de patients à l'urgence. Saison de grippe difficile. Même dans ces circonstances nous avons réussi à améliorer notre performance à l'urgence.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	80.0	71.7	80.0	Projet pilote avec les soins à domicile pour le retour précoce des patients de l'urgence avec la mise en place de surveillance accrue. Processus et politique de Flow des patients continuellement révisés, évaluation journalière de l'utilisation des lits.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	80.0	67.9	80.0	En 2018-2019, nous prévoyons mettre sur pied une salle de contrôle centralisée regroupant tous les secteurs ayant une influence sur le Flow des patients.
SANTÉ PHYSIQUE - Soins palliatifs et de fin de vie				
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	725	577	725	Non atteint : Références moindre au programme. Devons revoir les stratégies de promotion du programme. Révision de la notion de double profil pour les usagers en soins palliatifs.
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	38	32	49	Ouverture en 2019 de la maison Saint-Raphaël avec 12 lits en soins palliatifs. Les lits seront partagés entre notre CIUSSS (6 lits), le CIUSSS de l'est de l'île-de-Montréal, le CUSM et le CHUM.
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	32	39.1	41.0	Dépassé : Une fois les usagers en soins palliatifs vus par nos équipes dédiées, le niveau de confiance est excellent et les soins appropriés afin de décéder à domicile.

SANTÉ PHYSIQUE - Services de première ligne				
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	14	15	16	<p>1) Le nombre total de GMF accrédités pour notre territoire est de 15, dépassant ainsi la cible de 14 qui nous était fixée. GMF En début d'année 2017-2018, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal comptait 13 GMF sur son territoire. - Deux nouveaux GMF ont été développés en cours d'année soit le GMF Cavendish (intramuros) et le GMF Diamant, ce qui porte le compte à 15 GMF. - Une 3e clinique a déposé son dossier au MSSS en février 2018 et pourrait être reconnu GMF d'ici la fin de l'année (ELNA). GMF-REn début d'année 2017-2018, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal comptait 5 cliniques-réseau et aucun GMF-R sur son territoire. - Trois cliniques-réseau sont devenues GMF-R en septembre 2017 (GMF Queen Elizabeth, GMF Herzl et GMF MétroMédic). - Les deux autres ont déposé leurs candidatures au MSSS en février 2018 afin de devenir GMF-R à compter du 1er avril 2018. (GMF Diamant et GMF Westmount Square)</p>
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85.0	64.43	85.0	<p>Au 31 mars 2018, les médecins du territoire ont inscrit 412 427 personnes alors que notre population est de 323 089 soit un taux de capacité de 127.7% ce qui représente le plus haut taux dans la province.</p> <p>La majorité de nos GMF sont répartis à la périphérie de notre territoire facilitant ainsi l'inscription de patients hors territoire. Au cours de l'année financière 2017-2018, les médecins du territoire ont inscrit 54 235 nouveaux patients. Par ailleurs, au cours de la même année, seulement 13 017 résidents du territoire du CCOMTL ont été inscrits auprès d'un médecin de famille. Ceci équivaut à 24 % de l'ensemble des patients inscrits par les médecins du territoire en 2017-2018.</p>

1.09.48-PS Nombre total de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1	5	5	<ul style="list-style-type: none"> - Divers mesures en place favorisant l'inscription : Journées Blitz, LE 321, Ententes particulières, Références complémentaires CUSM_GAMF. - La mise en place d'un comité conjoint CML (coordonnateurs médicaux locaux) avec l'équipe GAMF qui se réunit chaque 6 semaine pour faire le suivi de l'évolution des inscriptions sur le territoire. <p>Cible Atteint</p>
SANTÉ PHYSIQUE - Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	0	0	À l'HGJ nous n'avons aucun patient en attente de plus de six mois. Nous gardons cette cible pour 2018-2019. La liste d'attente est évaluée à chaque jour et les suivis nécessaires se font avec les chirurgiens. Ce processus nous a permis d'anticiper les patients se rapprochant de notre cible de 6 mois et d'intervenir pour assurer la prise en charge.
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90.0	50.3	90.0	À la P1 de cette année nous avons atteint un pourcentage de 61.6%. Si nous prenons en considération que la littérature démontre que les cas de prostatites et de thyroïdes n'ont pas de raisons cliniques du 28 jours et en les excluant de notre calcul nous avons atteint 80.8%.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100.0	81.6	100.0	À la P1 de cette année nous sommes à 87.2%, en excluant les prostatites et les thyroïdes nous avons atteint 96.8%.

SANTÉ PHYSIQUE - Imagerie médicale				
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100.0	100	100	Objectif Atteint
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	n/a	n/d	n/a	
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100.0	98.6	100.0	Objectif Atteint Formation supplémentaire à donner au personnel clérical qui travaille dans ce secteur. Il s'agit fort probablement d'erreurs de saisie. (98.6%)
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	85.0	74.6	87.0	Objectif Non –Atteint La saisie des données dans Medivisite est incomplète et peut donner matière à interprétation; un changement de logiciel est requis. Nous allons implanter e-rendez-vous en 2018-2019.

1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	n/a	n/d	n/a	
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	85.0	86.6	87.0	Objectif Atteint
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	90.0	96.0	95.0	Objectif Atteint
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90.0	93.6	97.0	Objectif Atteint

1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	85.0	84.7	85.0	Objectif Atteint - Epuration des listes d'attente de façon active en cours, formation supplémentaire au personnel clerical dans ce secteur. Il s'agit probablement d'erreur de saisie (84.7%)
RESSOURCES MATÉRIELLES - 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	90.0	100.0	L'objectif est de 100% et voici la raison pour laquelle il n'aurait pas été atteint. - Ce dossier de zones grises est conjoint entre l'entretien ménager et les soins infirmiers. - L'entretien ménager a établi une liste d'items sous sa responsabilité et a mis en fonction de ces derniers les routes de travail ainsi que les audits pour suivre (monitorer) au niveau nettoyage et désinfection. - Les soins infirmiers sont actuellement en processus d'établir et de finaliser cette même approche. Donc, à faire: - Compléter les processus d'identification et processus de nettoyage /désinfection par les soins infirmier. - Coordonner les listes pour annuler les zones grises.

RESSOURCES HUMAINES				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	4.30	5.54	4.3	<p>Engagement non atteintLe CIUSSS, est toujours très engagé envers la promotion de la santé, sécurité et du mieux-être au travail et l'actualisation du plan d'action prévention santé sécurité et mieux-être au travail (SSMET) suit son cours. À cet effet, nous avons mis sur pied un sous-comité dont le mandat est la prévention en santé mentale. Un plan d'action identifiant plusieurs pistes de solutions a été élaboré par ce sous-comité et la phase 1 du plan est présentement en cours de réalisation. Les résultats de focus groupes réalisés cette année dans le but de recueillir les préoccupations du personnel en lien avec le climat organisationnel ont permis d'identifier des pistes de solution qui ont été intégrées au plan d'action appuyant le programme de prévention en santé mentale. La direction des ressources humaines travaille étroitement avec la direction de la santé mentale et la direction de la qualité afin d'assurer le partage d'expertise et ainsi bonifier les interventions en la matière. Le comité santé, sécurité et mieux-être au travail est co-présidé par la Directrice des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale et la Directrice générale adjointe/directrice de la qualité. Par ailleurs, en lien avec la gestion médico-administrative des dossiers d'invalidité, les gestionnaires sont sensibilisés à l'importance de réintégrer au travail le plus rapidement possible le personnel en absence par le moyen de travaux légers ou adaptés à leur condition afin de favoriser une réadaptation optimale.En lien avec le programme des troubles musculo-squelettiques (TMS), le secteur de la prévention a été très actif dans l'évaluation ergonomique des postes de travail dans les bureaux. Aussi, lors d'accidents de travail une analyse systématique est faite pour cibler les sites les plus à risque et prévoir des mesures correctives.Le CIUSSS a récemment reçu confirmation du MSSS d'une subvention de 50 000\$ visant à appuyer la réalisation de deux projets, un en prévention des troubles musculo-</p>

				squelettiques (TMS) et l'autre en prévention des agressions.- La cible d'engagement n'est ni équitable ni réalisable. Le CIUSSS Centre-Ouest est l'établissement le plus performant de la province (taux le plus bas) et la cible d'engagement qui nous est octroyée est inférieure à celle de tous les autres établissements ainsi que celle du MSSS pour le réseau.- Augmentation par rapport aux résultats de 2016-2017
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2.18	3.16	2.18	Engagement non atteint Le taux d'heures supplémentaires est l'un des plus bas au Québec et nous n'avons pas de temps supplémentaire obligatoire. Un focus important est mis sur le recrutement stratégique afin d'attirer le personnel talentueux et nous raffinons notre exercice de planification de la main-d'œuvre afin d'être en mesure de mieux répondre et anticiper les besoins de main-d'œuvre. Afin d'améliorer notre performance, la DRHCAJ continue à travailler étroitement avec toutes les directions et programmes, notamment par l'actualisation d'un plan d'action pour adresser la problématique entourant l'utilisation d'heures supplémentaires et de la MOI. Parmi les mécanismes ciblés, il y a la création de postes d'équipe volante ou sur-structure, une meilleure planification des effectifs et une amélioration du taux de postes comblés. - La cible octroyée pour le CIUSSS du Centre-Ouest-de l'Île-de-Montréal est la plus basse au Québec, et est donc ni équitable ni réalisable. - Augmentation par rapport aux résultats de 2016-2017
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	4.60	6.48	4.6	Engagement non atteint Plusieurs actions sont en cours afin de diminuer le recours à la main-d'œuvre indépendante. Des plans d'action ont été élaborés en collaboration avec les secteurs particulièrement vulnérables et sont en cours d'actualisation. Nous notons une évolution positive dans ces secteurs. À titre d'exemple, sur certains sites d'hébergement la MOI a été diminuée significativement ou éliminée. Dans les deux dernières années, nous constatons une augmentation

				de l'ordre de 70% à 75% des affichages de postes vacants, tant à l'interne qu'à l'externe. - Augmentation par rapport aux résultats de 2016-2017
MULTIPROGRAMMES				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	77.9	69.3	77.9	Résultats pour les centres d'activités 4112, 5910, 6461, 6463 et 6731 78,4% des premières interventions réalisées à l'intérieur d'un délai de 30 jours (à partir de la date de l'assignation). La DSIPL dépasse donc la cible.